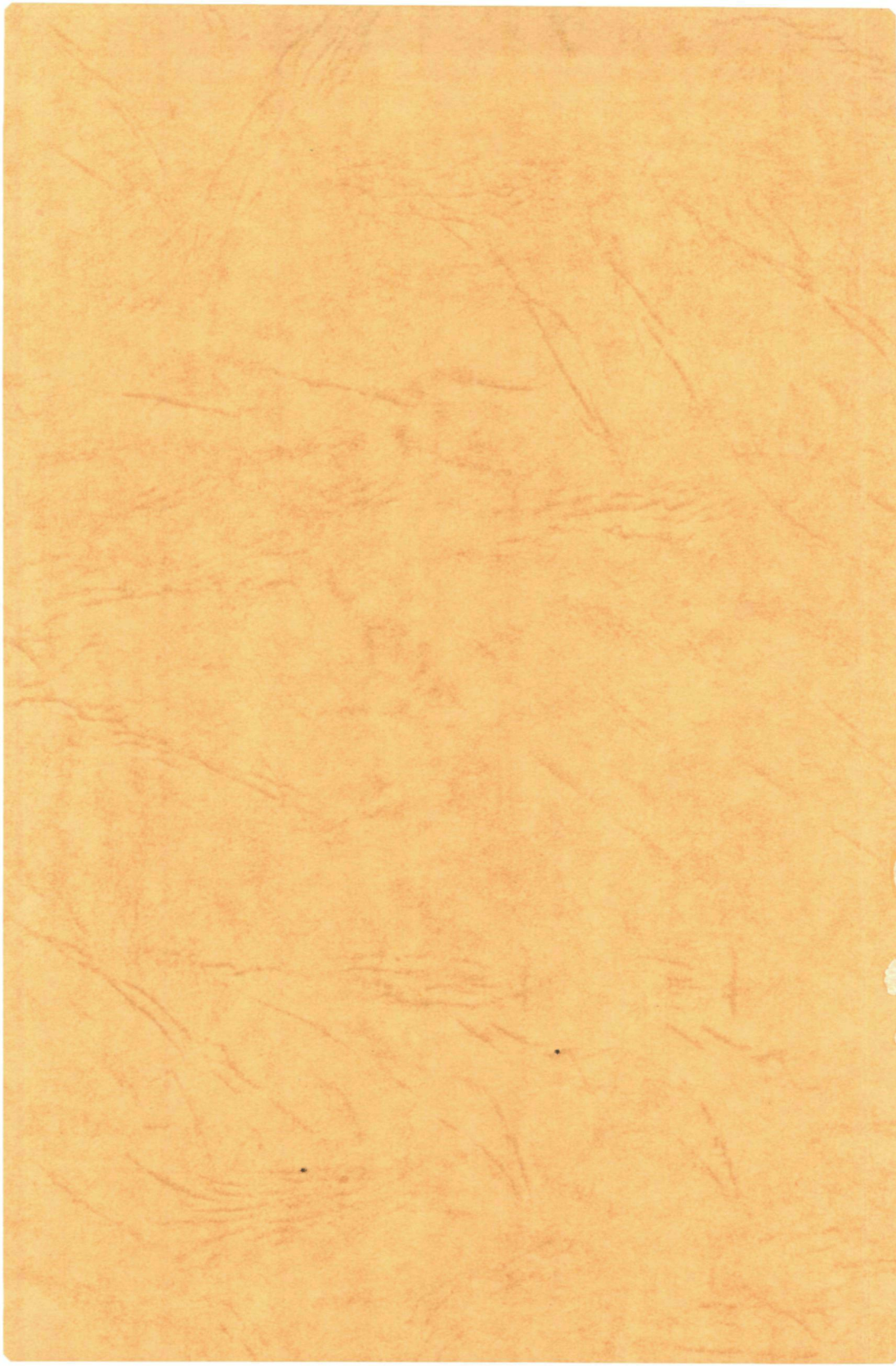


1841

VERPLEEGTEHUISPATIENTEN

J.W.F.M. MERKUS



VERPLEEGTEHUISPATIENTEN

PROMOTOR:

PROF.DR.A.TH.L.M. MERTENS

VERPLEEGTEHUISPATIENTEN

Een onderzoek naar de maatschappelijke omstandigheden, de behoefte aan verpleging en behandeling en naar het ziekteverloop van het patiëntenbestand en van nieuw opgenomen patiënten in een verpleegtehuis.

NURSING-HOME PATIENTS

with a summary

PROEFSCHRIFT

ter verkrijging van de graad van
doctor in de geneeskunde aan de
Katholieke Universiteit te Nijmegen,
op gezag van de rector magnificus Prof.Mr. F.J.F.M.Duynstee
volgens besluit van het college van decanen
in het openbaar te verdedigen op
donderdag 2 mei 1974 te 16.00 uur

door

JOSEPH WILHELMUS FRANCISCUS MARIA MERKUS

geboren te Roermond

Gaarne betuig ik mijn dank aan Dr. W.J.A. van den Heuvel en
Drs. J.M.G. Persoon voor hun adviezen bij de opzet en de uitwerking
van dit onderzoek.
Het onderzoek werd mede mogelijk gemaakt door een subsidie van het
Praeventiefonds.

INHOUD

	pag.
1 INLEIDING	1
2 BEGRIPPEN EN VRAAGSTELLING	4
2.1 inleiding	4
2.2 vormen van hulpverlening in verpleegtehuizen	6
2.3 verpleegbehoefte	7
2.3.1 A.D.L.	8
2.3.2 voortbeweging	9
2.3.3 bedlegerigheid	9
2.4 behoefte aan fysiotherapie	10
2.5 begeleidingsbehoefte	10
2.6 opname-indicaties	10
2.7 andere factoren die bij de opname van invloed kunnen zijn	11
2.7.1 leeftijd	11
2.7.2 geslacht	11
2.7.3 sociaal-economisch milieu	12
2.7.4 gezinsverband	12
2.7.5 woonsituatie	13
2.7.6 kinderen	13
2.7.7 burgerlijke staat	13
2.8 aanleiding tot opname	13
2.9 aandoeningen die de hulpbehoefte veroorzaken	14
2.10 prognose	14
2.11 vraagstelling	14
3 HET ONDERZOEK	16
3.1 het onderzoeksveld	16
3.2 de bevolking van Rotterdam	17
3.3 verpleegtehuizen in Rotterdam	17
3.4 het verpleegtehuis Antonius-Binnenweg	20
3.5 methode van onderzoek	22
3.5.1 inleiding	22
3.5.2 de formulieren	24
4 HET PATIENTENBESTAND EN DE NIEUW OPGENOMEN PATIENTEN	35
4.1 inleiding	35
4.2 enkele persoonlijke en maatschappelijke gegevens	35
4.3 de onderscheiden vormen van hulpbehoefte	44
4.4 de aandoeningen die de hulpbehoefte veroorzaken	53
4.5 de reden van verder verblijf c.q. de reden van opname	55
4.6 de prognose en de situatie na een half jaar	55
4.7 de verblijfsduur van de patiënten die binnen een half jaar ontslagen werden of overleden	55
4.8 samenvatting	60
5 DE A.D.L.-NIVEAUX	63
6 WAARDERINGSSYSTEMEN VOOR DE HULPBEHOEFTE	67

7	DE RELATIE VAN PERSOONLIJKE EN MAATSCHAPPELIJKE GEGEVENS MET DE VERPLEEGTEHUISOPNAME	70
7.1	de relatie van de hulpbehoefte bij opname met een aantal andere gegevens	70
7.2	de relatie van het geslacht met de verpleeg- tehuisopname	74
7.3	samenvatting	80
8	DE PROGNOSE EN DE SITUATIE EEN HALF JAAR NA DE OPNAME	83
8.1	inleiding	83
8.2	de ontslagen patiënten	83
8.3	de hulpbehoefte van de patiënten die wegens ver- betering van hun toestand ontslagen werden	85
8.4	de patiënten die een na een half jaar nog opge- nomen waren	85
8.5	de hulpbehoefte van de patiënten die na een half jaar nog opgenomen waren	85
8.6	de reden van verder verblijf van de patiënten die na een half jaar nog opgenomen waren	85
8.7	de aandoeningen van de patiënten die na een half jaar nog opgenomen waren	88
8.8	de prognose van de patiënten die na een half jaar nog opgenomen waren	88
8.9	het totale aantal reactiveerbare patiënten	88
8.10	de factoren die van invloed zijn op de situatie na een half jaar	91
8.11	samenvatting	102
	SLOTBESCHOUWING	104
	SAMENVATTING	106
	SUMMARY	113
	LITERATUUROPGAVE	119
	LIJST VAN TABELLEN	122
	BIJLAGEN	125

1 INLEIDING

Onder invloed van een aantal medische en maatschappelijke factoren heeft het verpleegtehuis in de afgelopen decennia een afzonderlijke plaats in de gezondheidszorg verworven.

In het vroegere ziekenhuis konden bejaarden en langdurig zieken verpleegd worden. Het ziekenhuis heeft zich echter ontwikkeld tot een instituut voor gespecialiseerde diagnostiek en therapie. Dit heeft tot gevolg, dat patiënten die de outillage en de deskundigheid zoals die in het ziekenhuis aanwezig zijn, niet of niet meer nodig hebben, in toenemende mate u.t.d. dit instituut geweerd worden, enerzijds om economische redenen, anderzijds omdat de sfeer van het ziekenhuis zich zodanig gewijzigd heeft, dat deze niet meer geschikt is voor langdurige verpleging.

De veranderde gezinsstructuur, het vrijwel wegvallen van de burenhulp en het veranderd gebruik van de woonaccommodatie zijn er onder meer de oorzaak van, dat de bereidheid en de mogelijkheid de zieke in zijn eigen milieu te verplegen, minder werden.

Om deze redenen ontstond het verpleegtehuis, dat in het begin weinig meer bood dan verpleging. Bemoeienis van artsen en paramedische hulpmiddelen kwam pas in een later stadium, waardoor geleidelijk aan een op verbetering van de conditie c.q. op verzachting van het lijden gerichte medische en paramedische behandeling een wezenlijk onderdeel van de verpleegtehuistaak werd.

Het blijkt moeilijk te zijn, rekening houdend met het bovenstaande, het begrip "verpleegtehuis" in een korte formulering te bepalen. De Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1966) omschrijft in zijn "Advies inzake Nomenclatuur van Inrichtingen" het verpleegtehuis als "een inrichting voor patiënten die geen continue specialistische hulp nodig hebben, maar wel een voortdurende verpleegkundige zorg in aansluiting aan medische behandeling". Deze omschrijving gaat voorbij aan de medische en paramedische behandeling. In een eerder in hetzelfde jaar uitgebracht "Advies inzake Verpleegtehuizen" (Centrale Raad voor de Volksgezondheid, 1966) wordt evenwel gesteld, dat "verblijf in een verpleegtehuis nodig kan zijn:

1. uit hoofde van behandeling
2. uit hoofde van verpleging
3. uit hoofde van behandeling en verpleging, aangezien de beide mogelijkheden tezamen in allerlei gradaties voorkomen".

De Centrale Raad veronderstelt in laatstgenoemd advies, dat bijna altijd patiënten zullen worden opgenomen, die zowel behandeling als verpleging nodig hebben in wisselende verhouding. Hij wil echter de mogelijkheid openhouden iemand alleen voor behandeling op te nemen, bijvoorbeeld sommige revalidatiepatiënten. Verpleging alleen zal, volgens de Raad, heel zelden worden gevraagd. In het "Derde Advies Verpleegtehuizen" (Centrale Raad voor de Volksgezondheid, 1972) lezen wij: "De medische, paramedische en verpleegkundige behandeling, alsmede de sociale begeleiding in het verpleegtehuis is gericht op het herstel en (of) behoud van de somatische en psychische functies van de patiënt, alsmede op het verlenen van terminale zorg aan hen aan wie geen uitzicht op herstel meer kan worden geboden." Deze overwegingen zijn moeilijk in overeenstemming te brengen met de eerder genoemde begripsbepaling.

In het "Tweede Advies inzake Nomenclatuur van Inrichtingen voor Gezondheidszorg" (Centrale Raad voor de Volksgezondheid, 1972) wordt het verpleegtehuis nog hetzelfde gedefinieerd als in 1966. In laatstgenoemd advies is de naam "verpleegtehuis" vervangen door "verpleeghuis" op grond van twee argumenten:

1. "De inrichting is primair een behandelingsinstituut.
2. Er wordt naar gestreefd de opname, indien mogelijk, van tijdelijke aard te doen zijn."

Een definitie die de behandeling meer centraal stelt, werd geformuleerd door LEERING (1964): "Het verpleegtehuis is een behandelingsinrichting, waarin opgenomen behoren te worden patiënten die voor een optimale realisering van hun levensmogelijkheden een continue medische, paramedische en(of) verpleegkundige behandeling behoeven, hetzij tijdelijk, hetzij blijvend". Dat hier gesproken wordt over "optimale realisering van hun levensmogelijkheden" duidt er op, dat de behandeling in een verpleegtehuis niet zozeer gericht is op het genezen van een ziekte als wel op het herstel van het, als gevolg van de ziekte, ontstane defect in de mogelijkheden van zelfontplooiing.

Hierin ligt naar onze mening inderdaad het wezenlijke van het verpleegtehuis. Het is niet de aanwezigheid van een ziekte die rechtstreeks leidt tot opname in een verpleegtehuis, maar veeleer het uit de ziekte voortkomende conditiedefect en de daarmee samenhangende behoefte aan verpleging, paramedische behandeling en (of) continue medische begeleiding. Deze benaderingswijze geeft het verschil aan met een ziekenhuis, dat immers bestemd is voor patiënten die uit hoofde van een ziekte thuis niet voldoende onderzocht en behandeld kunnen worden. Het onderscheid dat wij maken tussen medische begeleiding en behandeling wordt toegelicht in paragraaf 2.2.

Wij zouden het verpleegtehuis willen definiëren als een instelling voor gezondheidszorg, bestemd voor patiënten die, als gevolg van een ziekte, een zodanig conditiedefect hebben, dat zij verpleging, paramedische behandeling en(of) een voortdurende medische begeleiding nodig hebben die hen thuis niet gegeven kan worden.

Als factoren die het ontstaan en de ontwikkeling van het verpleegtehuiswezen veroorzaakt hebben, noemden wij reeds:

1. de veranderde functie van het ziekenhuis en
 2. de beperktere verpleegmogelijkheden thuis.
- Andere factoren die van invloed waren, zijn o.a.:
3. de toename van het aantal bejaarden, vooral van het aantal "hoger"-bejaarden (personen boven 75 jaar), in welke bevolkingsgroep ziekte en invaliditeit frequenter voorkomen en vaak van langere duur zijn dan bij jongere mensen. Binnen de bejaarde bevolking blijkt in de hogere leeftijdsgroepen de behoefte aan verpleegtehuisbedden enkele tientallen malen hoger te zijn dan in de lagere leeftijdsgroepen (FENNIS, 1966; TONINO, 1969).
 4. de vooruitgang van de medische wetenschap, die tot gevolg heeft dat langdurig zieken en invaliden tegenwoordig langer in leven blijven dan vroeger. Mogelijk speelt de stijging van het aantal ongevallen (bijvoorbeeld in het verkeer) ook een rol bij de toename van het aantal invaliden in verpleegtehuizen.
 5. een factor van geheel andere aard is het toenemend inzicht omtrent de reactiveringsmogelijkheden. Dit heeft ertoe bijgedragen dat het tegenwoordige verpleegtehuis niet slechts een verplegende maar ook een behandelende taak heeft.

De zich wijzigende functie van het ziekenhuis, de veranderende gezinsstructuur, de absolute en relatieve toename van het aantal bejaarden, de toename van het aantal invaliden en de betere behandelingsmogelijkheden zullen de vraag naar verpleegtehuisbedden waarschijnlijk nog doen toenemen. Daarbij komt, dat de per 1 april 1968 voor de verpleegtehuizen in werking getreden Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (A.W.B.Z.) de financiële belemmeringen heeft weggenomen.

Alleen de onder 3 genoemde factor is kwantitatief te benaderen. In hoeverre de andere factoren de verwachte ontwikkeling van het verpleegtehuis in kwalitatieve of kwantitatieve zin zullen wijzigen, is moeilijk te voorzien. Evenmin kan de invloed geschat worden van eventuele geriatrie afdelingen in ziekenhuizen, daghospitelen, verdere

uitbouw van dienstencentra, uitbreiding van de mogelijkheden van poliklinische reactivering, enz. Deze ontwikkelingen, alsmede de mogelijke verbetering van de behandelingsresultaten, zouden een remmende invloed op de behoefte aan verpleegtehuisbedden kunnen hebben.

Het zijn echter niet alleen factoren van buitenaf, die de evolutie van het verpleegtehuis bepalen. Vanuit het verpleegtehuis dient onderzocht te worden welke vormen van hulpverlening geboden moeten worden teneinde aan de behoefte van de patiënten te voldoen en welke voorzieningen niet aanwezig behoren te zijn wil het verpleegtehuis niet aan zijn doel voorbijschieten. Enerzijds dient de hulpverlening aan het patiëntenaanbod aangepast te worden, maar anderzijds moet de hulpbehoefte van de op te nemen patiënten in overeenstemming zijn met de mogelijkheden van hulpverlening. Een taakafbakening ten opzichte van andere instituten voor gezondheidszorg en ten opzichte van het verzorgingstehuis is gewenst maar lijkt op het ogenblik nog niet volledig te realiseren.

Samenvattend menen wij dat op basis van de ontwikkeling van de laatste vijftien jaar, er een duidelijk beeld ontstaan is van de richting waarin het verpleegtehuis zich ontwikkelt, doch dat er nog niet van een volgroeid instituut gesproken mag worden.

Wij hopen dat ons onderzoek een bijdrage zal zijn tot de plaatsbepaling van het verpleegtehuis in het geheel van de gezondheidszorg.

2 BEGRIPPEN EN VRAAGSTELLING

2.1 Inleiding

Toen wij de gegevens van ons onderzoek verzamelden was er nog weinig gepubliceerd over het functioneren van de verpleegtehuizen in Nederland. In 1967 was het rapport "Het verpleegtehuis in ontwikkeling" verschenen. Dit bevatte gegevens over de verpleegtehuizen zelf, de op 31 december 1964 aanwezige patiënten en de in de loop van 1964 ontslagen en overleden patiënten. Van de 146 Nederlandse verpleegtehuizen voor lichamelijk zieken nam 82% geheel of gedeeltelijk aan het onderzoek deel.

De meeste verpleegtehuizen telden 50-60 bedden (28%) of minder dan 50 bedden (eveneens 28%). 20% Had 61-100 bedden, 17% 101-150 bedden en 7% meer dan 150 bedden. Slechts 24% van de verpleegtehuizen had een arts in full-time dienstverband; 50% had een arts in part-time dienst. Bij 80% van de verpleegtehuizen was een fysiotherapeut werkzaam.

De doorstroming (het aantal opnamen per 100 bedden per jaar) was in 46% van de verpleegtehuizen 50% of lager, in 43% van de tehuizen 51-100% en in 11% van de tehuizen meer dan 100%. De gemiddelde doorstroming bedroeg 70%. In het merendeel van de verpleegtehuizen (57%) werd maximaal 22% van de patiënten gereactiveerd. In slechts 5% van de verpleegtehuizen werd 55% of meer van de patiënten gereactiveerd.

Van de ex-patiënten (overleden en ontslagen patiënten) was 36% naar huis of naar een verzorgingstehuis gegaan en 53% overleden; de overigen waren verplaatst naar een andere inrichting van gezondheidszorg.

Het merendeel van de Nederlandse verpleegtehuizen was dus vrij klein. Er werd weinig gedaan aan reactivering. Het aantal patiënten dat weer naar huis kon terug keren of naar een verzorgingstehuis kon gaan, was laag.

Bij het patiëntenbestand per 31 december 1964 waren twee maal zoveel vrouwelijke als mannelijke patiënten. Van de mannelijke patiënten was 32% gehuwd, van de vrouwelijke patiënten 18% en van alle patiënten tezamen 23%. 28% Van de patiënten was nooit gehuwd geweest. Dit laatste percentage was voor mannen en vrouw vrijwel gelijk.

90% Van de patiënten was 50 jaar of ouder, 77% 65 jaar of ouder en 56% 75 jaar of ouder. In de leeftijdsklassen onder de 50 jaar verschilden de absolute aantallen voor mannelijke en vrouwelijke patiënten slechts weinig. Vanaf 50 jaar waren de vrouwelijke patiënten tweemaal zo talrijk als de mannelijke patiënten.

De meest frequente diagnoses waren cerebrovasculair accident, andere aandoeningen van het zenuwstelsel, hart- en vaatziekten, arthrosis deformans, chronisch rheuma, fractura colli femoris en andere aandoeningen van het bewegingsapparaat.

Een klein deel van de patiënten (12%) was reactiveerbaar, 29% was gedeeltelijk reactiveerbaar.

Bij de ex-patiënten waren twee mannen op drie vrouwen. Mannen hadden dus meer kans te overlijden of ontslagen te worden. Bij 70% van deze ex-patiënten was de verpleegduur korter dan een jaar; bij 45% korter dan drie maanden. Bij het patiëntenbestand waren deze percentages 41 en 14. Patiënten met een korte verpleegduur hebben dus meer kans te overlijden of ontslagen te worden. De gemiddelde verpleegduur van de mannelijke ex-patiënten was korter dan van de vrouwelijke, resp. 325 en 409 dagen.

Samenvattend kan gezegd worden: de meeste verpleegtehuispatiënten anno 1964 waren bejaard, (meer dan de helft zelfs 75 jaar of ouder), niet of niet meer gehuwd en niet meer reactiveerbaar. Bij het patiëntenbestand waren de vrouwen oververtegenwoordigd. Bij de ex-patiënten waren relatief meer mannen dan bij het patiëntenbestand. De mannelijke ex-patiënten hadden een kortere verpleegduur.

De verpleegtehuizen verschilden onderling sterk wat betreft een aantal patiëntenkenmerken. In verpleegtehuizen met een grote medische en (of) fysiotherapeutische inbreng waren minder bejaarde en meer reactieveerbare patiënten en keerden meer patiënten naar huis terug dan in tehuizen met een geringe medische en fysiotherapeutische inbreng.

In het bovenbeschreven landelijk onderzoek werd ook de invaliditeit van de patiënten geregistreerd in zoverre deze betrekking had op het vermogen hun eigen lichaam te verzorgen en zich voort te bewegen. In de Angelsaksische literatuur valt de zelfverzorging onder de zg. "Activities of Daily Living". In het Nederlands is deze term vertaald als "Activiteiten van het Dagelijks Leven" en als "Algemeen Dagelijks Levensverrichtingen". De afkorting A.D.L. is inmiddels algemeen gebruikelijk geworden.

Met behulp van de in het landelijk onderzoek verzamelde gegevens heeft LEERING (1968) getraacht:

- meer duidelijkheid te brengen in de structuur van de A.D.L.,
- eventuele verbanden op te sporen tussen de A.D.L. en andere patiëntenkenmerken,
- eventuele factoren op te sporen die het oordeel over de reactieveerbaarheid beïnvloeden.

In de desbetreffende paragrafen van ons onderzoek zullen wij verder ingaan op het onderzoek van LEERING, voorzover dat voor ons onderzoek van betekenis is.

In 1970 werd opnieuw een landelijk onderzoek verricht. Het verslag van dit onderzoek is nog niet in zijn geheel gepubliceerd (alleen "Verpleegtehuizen in Nederland", interimrapport I, 1972, is verschenen). De gegevens over de verpleegtehuizen zelf werden door bijna alle verpleegtehuizen verstrekt. De patiëntergegevens door ongeveer 75% van de tehuizen. In afwijking van het onderzoek in 1964 werden nu ook de verpleegtehuizen voor psychisch gestoorde bejaarden in het onderzoek betrokken.

In 1964 had 56% van de tehuizen 60 bedden of minder. In 1970 was dit percentage nog slechts 24%. In 1970 had 25% van de verpleegtehuizen 61-100 bedden, 29% 101-150 bedden en 22% had 151 bedden of meer. In 1964 waren deze percentages resp. 20, 17 en 7. We zien uit deze getallen, dat de kleine verpleegtehuizen relatief in aantal verminderd zijn en dat er een grote toename is van verpleegtehuizen met meer dan 100 bedden. Het gemiddeld aantal bedden was 114 tegen 70 in 1964.

De helft van de verpleegtehuizen had één of meer artsen in full-time dienst. Slechts vier verpleegtehuizen hadden noch een full-time noch een part-time arts. 56% van de verpleegtehuizen had één of meer full-time fysiotherapeuten, terwijl 52% één of meer part-time fysiotherapeut had. 11% van de verpleegtehuizen had geen fysiotherapeut in dienst. De gemiddelde doorstroming was circa 70%. Ten opzichte van 1964 was er dus geen toename van de doorstroming.

Het onderzoek van het patiëntenbestand per 31 december 1970 betrof 17344 patiënten uit 168 (75%) van de 223 verpleegtehuizen. Er waren evenals in 1964 tweemaal zoveel vrouwen als mannen in de verpleegtehuizen. Het percentage ongehuwden was ten opzichte van 1964 afgenomen van 28% naar 21%. Bijna 86% van de patiënten was 65 jaar of ouder tegen 77% in 1964.

De ex-patiënten over 1970 waren voor 56,7% overleden en voor 43,3% ontslagen. Bij de overleden patiënten waren evenals in 1964 relatief veel meer mannen dan bij het patiëntenbestand.

Behalve de in het voorgaande besproken landelijke enquêtes van 1964

en 1970 en de op eerstgenoemde enquête berustende studie van LEERING (1968), zijn er geen publikaties over verpleegtehuispatiënten die voor ons onderzoek van belang kunnen zijn. Publikaties van onderzoeken die op een of enkele onderdelen van ons onderzoek betrekking hebben, zullen wij in de betreffende paragrafen bespreken.

In de hierboven besproken studies wordt geen aandacht besteed aan nieuw opgenomen patiënten. In ons verpleegtehuis ("ANTONIUS-BINNENWEG" te Rotterdam; 275 bedden) werden tussen 1 oktober 1965 en 30 september 1966, 413 patiënten opgenomen. Een jaar na opname was 39% overleden, 43% naar huis ontslagen, 11% nog opgenomen en 7% vertrokken naar een ander verpleegtehuis, een ziekenhuis of een verzorgingstehuis (MERKUS, 1969). 89% Van de patiënten had dus binnen een jaar het verpleegtehuis weer verlaten. Deze categorie, die een belangrijk deel uitmaakt van het totaal aantal patiënten dat gedurende een bepaalde periode van de diensten van een verpleegtehuis gebruik maakt, komt in een momentopname kwantitatief onvoldoende tot zijn recht.

De nieuwe opnamen kan men in drie prognostische categorieën verdelen:

1. patiënten die een kortdurende verpleging nodig hebben, meestal ter reactivering,
 2. patiënten die terminale hulp behoeven,
 3. patiënten die voor langdurige verpleging opgenomen worden.
- De eerste twee categorieën vormen de meerderheid van de nieuwe opnamen, terwijl de derde categorie in het patiëntenbestand overheeft. Het is te verwachten dat deze drie categorieën onderling verschillen in aard en graad van hulpbehoefte.

2.2 Vormen van hulpverlening in verpleegtehuizen

De naam verpleegtehuis doet vermoeden dat de hulp die in een inrichting van die naam geboden wordt, beperkt blijft tot verpleging. De nog af en toe gebruikte naam "rusthuis" wijst nog sterker in die richting. De hulpverlening in een verpleegtehuis behoort echter verder te gaan dan alleen verpleging. Een op verbetering van de conditie en (of) op verzachting van het lijden gerichte medische en paramedische behandeling is noodzakelijk.

De hulpverlening kan in 3 groepen verdeeld worden:

- A. de verpleging in engere zin. Hieronder verstaan wij:
 1. de hulpverlening bij de activiteiten van het dagelijks leven (A.D.L.),
 2. de hulpverlening bij het zich voortbewegen,
 3. de hulpverlening voortkomend uit bedlegerigheid.

Aan het woord "verpleging" wordt hier een meer beperkte betekenis verleend dan gebruikelijk is. Een aantal verrichtingen, zoals het toedienen van medicamenten en parenteraal vocht, het medewerken aan laboratoriumonderzoek, het verzorgen van wonden, enz., worden in het algemeen ook tot de verpleging gerekend. Het lijkt echter in dit verband zinvol onderscheid te maken tussen de "verpleging in engere zin" zoals hierboven omschreven, en andere vormen van verpleegkundige zorgverlening. Van de patient uit gezien bestaat er namelijk een wezenlijk verschil tussen deze beide vormen van hulpverlening, omdat de behoefte aan "verpleging in engere zin" voortkomt uit stoornissen bij de zelfverzorging en (of) de voortbeweging en (of) uit bedlegerigheid, terwijl de overige vormen van hulpbehoefte meer rechtstreeks het gevolg zijn van ziekte.

Alle vormen van medische en verpleegkundige hulpverlening welke niet vallen onder "verpleging in engere zin" of onder fysiotherapie,

zullen wij in het vervolg aangeven met het woord "begeleiding". Wij hebben bewust afgezien van de term "behandeling" aangezien hiermede veelal een kortdurende, op genezing van een bepaalde ziekte gerichte activiteit wordt aangeduid. De "behandeling" in een verpleegtehuis heeft daarentegen vaak een langdurig en op verbetering van de conditie gericht karakter. Dit wordt onzes inziens beter tot uitdrukking gebracht met het woord "begeleiding".

B. de fysiotherapeutische behandeling

In wezen is de fysiotherapie niet meer dan één van de therapeutische mogelijkheden. In een verpleegtehuis vervult zij echter een zo belangrijke functie, dat wij haar van de overige vormen van hulpverlening onderscheiden.

C. de begeleiding

Wij hebben getracht de belangrijkste vormen van medische en verpleegkundige begeleiding op te sporen en te rubriceren met als resultaat de hiernavolgende onderverdeling:

1. bezoek van arts
2. gebruik van medicamenten
3. laboratoriumonderzoek
4. dieetvoorschrift
5. parenterale vochttoediening
6. toezicht wegens een psychische stoornis
7. overige begeleidingsbehoefte

Onder punt 7 zijn die vormen van begeleiding gerangschikt die aanmerkelijk minder frequent voorkomen dan de onder 1 t/m 6 genoemde. Hieronder vallen bijvoorbeeld begeleiding wegens ernstige stoornissen van visus, gehoor of spraak, verzorging van wonden of andere huid-aandoeningen, verzorging van een anus praeternaturalis, preventie of behandeling van decubitus, omvangrijke hulp wegens diarree of obstipatie en sondevoeding.

Dat preventie en behandeling van decubitus onder punt 7 gerangschikt zijn behoeft een nadere motivering. Maatregelen ter preventie van decubitus zijn voor vrijwel iedere patient die min of meer ernstig verpleegbehoefte is, noodzakelijk. De noodzaak tot deze behandeling ligt in het algemeen dus opgesloten in de verpleegbehoefte. Een manifeste decubitus is minder frequent dan wel eens verondersteld wordt. Ook deze gaat echter in het algemeen samen met een ernstige verpleegbehoefte. Wij menen dan ook dat de preventie en (of) de behandeling van decubitus alleen dan als een afzonderlijke vorm van hulpverlening aangemerkt mag worden wanneer deze niet rechtstreeks voortvloeit uit de verpleegbehoefte of wanneer de behandeling aanmerkelijk intensiever is dan normaal. Een analoge motivering geldt ten aanzien van de obstipatie.

Bovenstaande vormen van hulpverlening (verpleging, fysiotherapie, en begeleiding) komen voort uit de hulpbehoefte van de patienten. Van de patient uitgezien kan gesproken worden van:

- A. behoefte aan verpleging in engere zin: verpleegbehoefte
- B. behoefte aan fysiotherapie
- C. behoefte aan medische en verpleegkundige begeleiding. In het vervolg zullen wij kortheidshalve van begeleidingsbehoefte spreken.

2.3 Verpleegbehoefte

Onder verpleegbehoefte verstaan wij de behoefte aan verpleging voor zover die voortkomt uit stoornissen bij de A.D.L., uit stoornissen bij de voortbeweging en (of) uit bedlegerigheid.

2.3.1 A.D.L.

Onder de A.D.L. verstaan wij diè activiteiten die noodzakelijk zijn voor de verzorging van het eigen lichaam, voorzover deze dagelijks moeten geschieden.

In de literatuur bestaat geen eenstemmigheid over de vraag welke activiteiten tot de A.D.L. gerekend moeten worden. RUSE (1958) rekent bijvoorbeeld lopen en gebruik van openbaar vervoer tot de A.D.L. Volgens KATZ c.s. (1963) behoren baden, kleden, gaan naar en gebruik maken van toilet, zich verplaatsen, continëntie en eten tot de A.D.L. Onder "zich verplaatsen" verstaan zij het zich in en uit bed of stoel begeven. Het zich voortbewegen over afstand zit blijkbaar opgesloten in de toiletbehandeling. Uit een uitvoerige studie van 1001 patiënten bleek de bovenstaande volgorde zodanig te zijn, dat elke handeling minder gecompliceerd is dan de voorgaande handeling. Dit houdt in dat, wanneer iemand gestoord is in een van de genoemde functies, er in het algemeen ook een stoornis in de meer gecompliceerde functies zal bestaan. LEERING (1968) rekent het zich voortbewegen niet tot de A.D.L.; o.i. terecht, aangezien het gestoord zijn in de voortbeweging van een geheel andere aard is dan de A.D.L.-stoornissen. Het door hem in navolging van KATZ ontworpen schema ziet er als volgt uit:

1. geen stoornis
2. een stoornis
3. baden + een stoornis
4. " + kleden + een stoornis
5. " + " + toiletgebruik + een stoornis
6. " + " + " + wassen + een stoornis
7. baden+kleden+toiletgebruik+wassen+incontinentie+eten
8. restgroep

Dat "een stoornis" onbenoemd blijft, vindt zijn reden in de "veronderstelling dat een patiënt bijvoorbeeld door een afzonderlijk en buiten het kader liggende handicap een, niet in deze volgorde passende, bijkomende functiestoornis zou kunnen hebben". Bijvoorbeeld incontinentie na een prostaatoperatie.

Met dit schema slaagde hij erin om 94,4% van 1841 psychisch normale patiënten in een van de groepen 1 t/m 7 onder te brengen. Bij psychisch gestoorde was dit percentage 90,7%. Een storende factor was het feit dat de vraag over het "zich wassen" niet eenduidig gesteld was. Door sommigen kan dit als het wassen van het gehele lichaam opgevat zijn, terwijl anderen het wassen van gezicht en handen en weer anderen het wassen van gezicht en handen, samen met scheren en het haar verzorgen voor ogen hadden. In het onderzoek van LEERING kwam derhalve niet vast te staan welke van beide handelingen, zich wassen of toiletgebruik, het meest gecompliceerd is.

Wij vatten het zich wassen op als het wassen van gezicht en handen, het zich scheren en het verzorgen van het haar. Waarschijnlijk zal het zich wassen in bovengenoemde zin minder gecompliceerd zijn dan het toiletgebruik. Het is ook mogelijk dat deze handelingen even gecompliceerd zijn. Dan zou groep 5 als volgt omschreven moeten worden:

baden + kleden + toiletgebruik of wassen + een stoornis

Wanneer wij de A.D.L. omschrijven als de handelingen die iemand dagelijks moet verrichten teneinde zijn lichaam voldoende te verzorgen, dan is het de vraag of het baden en de continëntie wel tot deze handelingen gerekend moeten worden.

Wij menen dat het baden niet tot de A.D.L. gerekend dient te worden op grond van de volgende overwegingen:

1. in ons cultuurnatroom geschiedt het baden niet dagelijks.
2. hieruit volgt dat de hulpverlening bij het baden niet dagelijks nodig is.
3. het is vrijwel onmogelijk om een betrouwbaar antwoord te krijgen op de vraag "kan deze patient zelfstandig baden", aangezien bij patienten die in inrichtingen verlijven vrijwel steeds hulp bij het baden geboden wordt ook al is deze niet nodig. D t het ook bij thuisverblijvenden moeilijk is hierover betrouwbare informatie te krijgen, blijkt uit een onderzoek van OOSTVOGEL (1968): van 1644 gegadigden voor een verzorgingstehuis verklaarden 88,3% minstens eenmaal per week te baden. Van dezen had echter bijna 70% geen bad of douche in huis.
4. bij vrijwel alle verpleegtehuispatienten mag redelijkerwijze worden aangenomen, dat zij niet zelfstandig kunnen baden, reden waarom het weinig zin heeft hiernaar te vragen.
5. wij trachten een relatie te leggen tussen verpleegbehoefte en verpleegtehuisindicatie. Het niet zelfstandig kunnen baden mag hierbij geen gewicht in de schaal leggen, aangezien de hulp bij het baden weinig frequent is en dus thuis of in een verzorgingstehuis gemakkelijk geboden kan worden.

Ook de continentie kan niet tot de A.D.L. in bovenbedoelde zin gerekend worden. Wij betrekken deze functie er toch bij, enerzijds omdat de continentie "een bijzonder belangrijk onderdeel van de menselijke levensverrichtingen vormt" (LEERING, 1968), anderzijds omdat incontinentie de andere aspecten van de zelfverzorging aanzienlijk verzwakt. Heeft iemand een catheter à demeure, dan beschouwen wij het verzorgen van de catheter als een A.D.L.

Het zich verplaatsen van bed in stoel en omgekeerd zoals dit door KATZ c.s. (1963) bedoeld is, zit in ons schema opgesloten in het toiletgebruik. Het is hiervoor noodzakelijk zonder hulp te kunnen staan, te gaan zitten en weer op te staan c.q. zich van de ene stoel (rolstoel) op de andere (toilet) te begeven.

2.3.2 Voortbeweging

Onder zich voortbewegen verstaan wij het zich van de ene plaats naar de andere begeven. Kan iemand zich niet zelfstandig (d.w.z. zonder hulp van anderen) voortbewegen, dan kan hij, ook al is hij A.D.L.-ongestoord, geen onafhankelijk bestaan leiden, aangezien hij zich bijvoorbeeld niet naar en van het toilet kan begeven. Hij is min of meer voortdurend van anderen afhankelijk.

Men kan zich afvragen of iemand, die geen stoornis heeft in de A.D.L., doch zich niet zelfstandig kan voortbewegen, verpleegbehoefte is. De enige hulp die een dergelijke patient nodig heeft, is ondersteuning bij het lopen of het duwen van zijn rolstoel. Omdat voor deze hulp in het algemeen geen deskundigheid van de helper vereist is, is er geen verpleegbehoefte aanwezig. Daarentegen kan deze hulp thuis of in een verzorgingstehuis vaak niet geboden worden, reden waarom wij voortbewegingsstoornissen toch tot de verpleegbehoefte gerekend hebben. Kan een A.D.L.-onafhankelijke patient zich zelfstandig met een rolstoel voortbewegen, dan is er naar onze mening geen verpleegbehoefte.

2.3.3 Bedlegerigheid

Er zijn patienten die A.D.L.-onafhankelijk zijn, zich zonder hulp

kunnen voortbewegen en toch bedlegerig zijn in die zin, dat zij niet in staat zijn langer dan één uur per dag buiten het bed te verblijven of dit wegens ziekte niet mogen. Ofschoon de "verpleging" van deze patiënten vaak beperkt blijft tot het opmaken van het bed en een wasbeurt, menen wij toch dat in deze gevallen van verpleegbehoefte gesproken mag worden en dus van een verpleegtehuisindicatie.

2.4 Behoeftte aan fysiotherapie

De behoefte aan fysiotherapie komt in het algemeen voort uit de verpleegbehoefte. Het doel van de fysiotherapeutische behandeling is, de A.D.L.-stoornissen, de voortbewegingsstoornissen of de bedlegerigheid geheel of gedeeltelijk op te heffen, c.q. verergering van deze stoornissen te voorkomen.

Echter niet iedere patiënt die verpleegbehoefte heeft, heeft fysiotherapie nodig. De prognose vervult hierbij een belangrijke rol: kan er redelijkerwijze van fysiotherapeutische behandeling geen resultaat van betekenis verwacht worden, dan is er geen behoefte aan fysiotherapie. Anderzijds komt het voor dat patiënten die niet (meer) verpleegbehoefte hebben, toch fysiotherapeutische behandeling nodig hebben bijvoorbeeld ter handhaving van de status quo of ter bestrijding van huishoudelijke invaliditeit. Onder huishoudelijke invaliditeit verstaan wij het onvermogen tot het voeren van de eigen huishouding, in zoverre dit binnenshuis gebeurt (bijvoorbeeld koken, bed opmaken, kleding verzorgen).

2.5 Begeleidingsbehoefte

Aanvankelijk beperkte de hulpverlening in verpleegtehuizen zich tot de verpleging. In een later stadium werd ook de fysiotherapie een wezenlijk aspect van het verpleegtehuis. Dat ook andere vormen van behandeling en begeleiding een essentieel onderdeel van de hulpverlening dienen te zijn, wordt momenteel nog onvoldoende onderkend. De veronderstelling dat de medische behandeling in verpleegtehuizen van weinig betekenis is, berust waarschijnlijk op de gedachte dat verpleegtehuispatiënten wat hun gezondheid betreft, in een stationaire fase verkeren en dat alleen intercurrente ziekten enig "leven in de brouwerij" brengen. Wij verwachten te kunnen aantonen dat zonder een intensieve bemoeienis van medici, diëtisten, laboratoriumpersoneel e.d. een verpleegtehuis niet aan zijn doel kan beantwoorden. Een groot aantal patiënten heeft behalve verpleging en (of) fysiotherapie, ook een voortdurende medische begeleiding nodig. Sommige patiënten hebben zelfs geen of weinig verpleging of fysiotherapie nodig, maar wel een zó intensieve medische begeleiding, dat deze thuis of in een verzorgingstehuis niet geboden kan worden. Vaak zal deze begeleidingsbehoefte van lange duur zijn. Mede daarom is het ziekenhuis voor deze patiënten geen adequaat milieu. De begeleidingsbehoefte dient derhalve als opname-indicatie voor verpleegtehuizen aanvaard te worden. Dit brengt met zich dat een verpleegtehuis zodanig bemand en geoutilleerd moet zijn, dat de bedoelde begeleiding inderdaad geboden kan worden.

2.6 Opname-indicaties

In het voorgaande hebben wij gezien dat verpleegtehuispatiënten verpleging, fysiotherapie en (of) medische begeleiding nodig hebben. Verpleegbehoefte en begeleidingsbehoefte kunnen als opname-indicatie gelden.

Behoeftte aan fysiotherapie op zich is geen opname-indicatie: wanneer verpleeg- en begeleidingsbehoeftte ontbreken, kan fysiotherapie poliklinisch gegeven worden.

Behalve bovengenoemde indicaties menen wij dat nog een derde indicatie onderkend moet worden. Het komt geregeld voor dat huisartsen of specialisten opname verzoeken voor patiënten die, als gevolg van ziekte, tijdelijk huishoudelijk invalide zijn, maar niet verpleeg- of begeleidingsbehoefstig. Het betreft in het algemeen alleenstaande bejaarden. Zouden deze patiënten niet opgenomen worden, maar thuis blijven, c.q. vanuit het ziekenhuis naar huis gaan, dan zouden zij volledige huishoudelijke hulp nodig hebben. Omdat deze schaars is, maar vooral omdat in het verpleegtehuis beter dan thuis een op herstel van de validiteit gerichte behandeling gegeven kan worden, is in deze gevallen opname gewenst. Wij komen zo dus tot drie opname-indicaties:

1. verpleegbehoefte
2. begeleidingsbehoefte
3. tijdelijke huishoudelijke invaliditeit

2.7 Andere factoren die bij de opname van invloed kunnen zijn

In het voorgaande kwam reeds naar voren, dat andere dan medische factoren bij de opname een rol kunnen spelen. Wij willen van een aantal van deze factoren onderzoeken of en in hoeverre zij van invloed zijn.

2.7.1 Leeftijd

Jongere mensen zullen in het algemeen in hun eigen milieu meer mogelijkheden hebben zich te laten verplegen aan ouderen. Het zou dus niet verwonderlijk zijn wanneer men zich op oudere leeftijd eerder - d.w.z. reeds bij een geringere hulpbehoefvendheid - zou laten opnemen dan op jongere leeftijd.

2.7.2 Geslacht

Bij opname in verpleegtehuizen is de verhouding mannen : vrouwen ongeveer 2 : 3 (ARNOLD en EXTON-SMITH, 1962; SILVER en ZUBERI, 1965; Het verpleegtehuis in ontwikkeling, 1967; MERKUS, 1969).

In een voorlopig verslag van de landelijke enquête van 1970 (niet gepubliceerd) wordt getracht de oververtegenwoordiging van vrouwen in verpleegtehuizen te verklaren. In dit verslag lezen wij op pagina 43: "ook de burgerlijke staat en de leeftijd zijn geen goede voorspellers en geven dus geen verklaring voor de geslachtsverschillen in opname. Deze laatste bevinding is in strijd met de algemeen verspreide wetenschappelijke kennis. Hiertoe citeren wij enkele zinnen uit de "Atlas van de ouder wordende Nederlandse bevolking, 1972": "Een ander opmerkelijk feit is, dat het aantal vrouwen in de bejaardenorden veel groter is dan het aantal mannen. Op zich is dat niet zo verwonderlijk, omdat, in de oudere leeftijdsgroepen het absoluut aantal vrouwen dat van de mannen aanzienlijk overtreft Het is danook niet verwonderlijk dat de bejaardenorden, die vooral als opvang voor niet (meer) gehuwden fungeren, een bijzonder groot overschot aan vrouwen laten zien, met name in de oudste leeftijdsgroepen". blijft het verwonderlijk waarom er relatief zoveel méér vrouwen dan mannen verpleegtehuisspatiënt zijn; in toekomstig onderzoek zal men naarstig moeten zoeken die variabelen op het spoor te

komen, welke het geslachtsverschil wel kunnen verklaren".

Ter verklaring van het verschijnsel dat het aanbod van vrouwen in verpleeg- en verzorgingstehuizen aanzienlijk groter is dan het aanbod van mannen, zulke in vergelijking met de verhouding tussen de geslachten in de bejaarde populatie, staan ons verscheidene hypothesen ter beschikking:

1. de vrouw laat zich bij een geringere hulpbehoefte institutioneren dan de man,
2. invaliditeit komt bij vrouwen vaker voor dan bij mannen,
3. de vrouw heeft minder verzorgingsmogelijkheden in het eigen milieu dan de man.

Er zijn aanwijzingen dat de onder 2 genoemde hypothese juist is, hetgeen de juistheid van de beide andere hypothesen overigens niet uitsluit. Reeds de vroegste onderzoeken op dit terrein toonden aan dat temidden van de verpleegbehoefteige bejaarden het vrouwelijk element sterk overheeft (HORNSTRA, 1953; VAN ZONNEVELD, 1954; SCHREUDER, 1955). Een dergelijke bevinding treffen wij ook aan in een veldonderzoek van de G.G. en G.D. te Rotterdam (1967): in de totale steekproef was de verhouding tussen mannen en vrouwen als 9 : 11, terwijl bij degenen die, op grond van subjectieve A.D.L.-stoornissen, voor een nader medisch onderzoek in aanmerking kwamen (de zg. M-groep), de verhouding 1 : 2 was. In deze M-groep hadden 28,3% van de mannen en 26,9% van de vrouwen A.D.L.-stoornissen. Ook het onderzoek dat TONINO (1969) verrichtte bij 400 bejaarden in Breda bevat aanwijzingen dat de bejaarde vrouw subjectief en objectief minder valide is dan de bejaarde man. In de non-response groep van dit onderzoek valt echter op, dat bij degenen die wegens ziekte of overlijden uitgesloten werden, de mannen oververtegenwoordigd zijn en bij de weigeraars (voornamelijk omdat zij zich gezond voelden) het aantal vrouwen tweemaal zo groot is als het aantal mannen.

2.7.3 Sociaal-economisch milieu

Het lijkt aannemelijk dat het sociaal-economisch milieu van invloed zal zijn bij de opname, aangezien patiënten uit een "hogere" milieu waarschijnlijk beter in staat zullen zijn zich thuis van hulp te voorzien dan patiënten uit een "lager" milieu. Ook op andere wijze zou het sociaal-economisch milieu een rol kunnen vervullen: in de door TONINO (1969) onderzochte groep bejaarden bleken A.D.L.-stoornissen in de lagere welvaartsklasse vaker voor te komen dan in de hogere.

2.7.4 Gezinsverband

Het is te verwachten dat alleenwonenden eerder een beroep zullen doen op een verpleegtehuis dan degenen die samenwonen met echtgeno(t)e, kind(eren) of anderen. Zo zal tijdelijke huishoudelijke invaliditeit bij alleenwonenden meer consequenties hebben dan bij niet-alleenwonenden. Het is een vraag of het nog van invloed is met wie men samenwoont.

2.7.5 Woonsituatie

Wij hebben de indruk dat bij de opname, maar vooral bij het ontslag, de woonaccommodatie van de patient een rol van betekenis speelt. Behalve het aantal kamers, de staat van onderhoud, de verwarmingsmogelijkheden e.d. is de bereikbaarheid (al dan niet door middel van trappen) van belang. In het onderzoek van OOSTVOGEL (1968) bleek, dat bijna 70% van de onderzochten trappen moesten lopen om hun woning te verlaten e.d. te bereiken. Het is jammer dat in zijn onderzoek aan trappen lopen geen betekenis is toegekend bij de waardering van de woonaccommodatie. Overigens bleek in genoemd onderzoek een significante relatie te bestaan tussen slechte woonaccommodatie enerzijds en weinig sociale relaties en invaliditeit anderzijds. Als mogelijke verklaring vermelden wij, dat slechte woonaccommodatie tot isolement leidt en dat isolement het ontstaan van invaliditeit in de hand werkt. Ook het trappen-moeten-lopen zou via isolement tot invaliditeit kunnen leiden.

2.7.6 Kinderen

Patienten die kinderen hebben, zullen, vooral bij tijdelijke huishoudelijke invaliditeit en bij geringe verpleegbehoefte, gemakkelijker hulp krijgen, dan degenen die geen kinderen hebben. Het is dus te verwachten dat kinderloze mensen zich bij een geringere hulpbehoefte zullen laten opnemen, dan degenen die wel kinderen hebben. Waarschijnlijk speelt het kindertal hierbij een rol, aangezien de mogelijkheid tot hulpverlening groter is naarmate er meer kinderen zijn.

Het onderzoek van OOSTVOGEL (1968) bevat aanwijzingen dat het al dan niet hebben van kinderen invloed heeft op de wens tot plaatsing in een tehuis: van de gegadigden voor een verzorgingstehuis was ongeveer 38% kinderloos. Van de gehuwden was het percentage kinderlozen circa 20%.

2.7.7 Burgerlijke staat

Het is niet waarschijnlijk dat de burgerlijke staat op zich van invloed zal zijn op de opname. Een indirecte invloed is wel te verwachten aangezien gehuwden in het algemeen met hun echtgeno(o)t(e) samenwonen en degenen die gehuwd zijn of geweest zijn in meerderheid kinderen hebben. Het aantal ongehuwden is in verpleegtehuizen relatief groot. Dit verschijnsel wordt waarschijnlijk veroorzaakt enerzijds doordat ongehuwden minder familierelaties hebben, anderzijds doordat er in een aantal gevallen een oorzakelijk verband bestaat tussen de invaliditeit en het ongehuwd zijn.

2.8 Aanleiding tot opname

Naast de eigenlijke opname-indicaties (verpleegbehoefte, begeleidingsbehoefte, tijdelijke huishoudelijke invaliditeit) en bepaalde bevorderende of remmende maatschappelijke factoren kan een min of meer plotselinge verandering in de medische of sociale situatie zijn die als aanleiding tot de opname beschouwd kan worden. Wij doelen hier op patienten die ondanks hun verpleegbehoefte thuis verblijven, maar naar aanleiding van een bijkomstige aandoening (bijvoorbeeld ulcus

cruris, infectieziekte) opgenomen worden. Na genezing van deze bijkomstige ziekte is terugplaatsing naar huis soms niet meer mogelijk of gewenst. Ook veranderingen in maatschappelijke omstandigheden kunnen de directe aanleiding tot opname zijn, bijvoorbeeld ziekte of overlijden van degene die de patiënt tot dan toe verzorgde.

2.9 Aandoeningen die de hulpbehoefte veroorzaken

De aanwezigheid van een ziekte is op zich geen reden voor opname in een verpleegtehuis. Alleen voorzover een ziekte verpleeg- of begeleidingsbehoefte of tijdelijke huishoudelijke invaliditeit met zich brengt, vervult ze bij de opname een rol.

Wij menen dat het zinvol is onderscheid te maken tussen ziekten die verpleegbehoefte of tijdelijke huishoudelijke invaliditeit veroorzaken en ziekten die begeleidingsbehoefte tengevolge hebben. Het is namelijk te verwachten dat het niet steeds dezelfde ziekten zullen zijn.

2.10 Prognose

In ons onderzoek verstaan wij onder de prognose : de verwachting met betrekking tot de situatie van de patiënt een half jaar na de opname: zal de patiënt na een half jaar ontslagen, nog opgenomen of overleden zijn?

Teneinde de prognose van een verpleegtehuispatiënt te kunnen stellen moeten tenminste de volgende gegevens bekend zijn:

- of en in hoeverre de patiënt verpleegbehoefstig c.q. huishoudelijk invalide is,
- of en in hoeverre de patiënt begeleidingsbehoefstig is,
- door welke ziekten deze hulpbehoevendheid veroorzaakt wordt,
- een aantal andere factoren die bij de opname, bij het ontslag of bij de motivering van de patiënt om aan zijn herstel mede te werken van invloed kunnen zijn zoals leeftijd, geslacht, sociaal-economisch milieu, gezinsomstandigheden en woonsituatie. De laatstgenoemde factoren (sociaal-economisch milieu, gezinsomstandigheden en woonsituatie) kunnen zo ongunstig zijn, dat van de patiënt nauwelijks verwacht kan worden dat hij meewerkt aan de behandeling. Het lijkt van belang om na te gaan of en in hoeverre deze factoren de prognose beïnvloeden.

Bij de prognosestelling van verpleegtehuispatiënten moet met vele factoren rekening gehouden worden. Het is een vraag in een hoe groot percentage de prognosestelling juist zal blijken te zijn.

2.11 Vraagstelling

De vragen die in de voorgaande paragrafen naar voren kwamen, hebben wij in vier groepen gerubriceerd:

I vragen betreffende mogelijke verschillen tussen het patiëntenbestand en de nieuw opgenomen patiënten:

1. zijn er verschillen in de persoonlijke en maatschappelijke gegevens,
2. zijn er verschillen met betrekking tot de hulpbehoefte en de aandoeningen,
3. zijn er verschillen tussen de redenen van opname en de redenen van verder verblijf,
4. zijn er verschillen bij de prognose en bij de situatie na een half jaar?

II. Vragen betreffende de aard van de hulpbehoefte:

1. hoeveel patiënten hebben behoefte aan verpleging, begeleiding en (of) fysiotherapie,
2. zijn er nog andere vormen van hulpbehoefte die opname of verblijf in een verpleegtehuis rechtvaardigen,
3. is de hulpbehoefte bij de A.D.L.-functies in een beperkt aantal A.D.L.-niveaux onder te brengen?

III. Vragen betreffende andere dan medische factoren die van invloed kunnen zijn op de opname in een verpleegtehuis:

1. waarom worden er relatief meer vrouwen dan mannen opgenomen,
2. zijn er - behalve het geslacht - nog andere persoonlijke en maatschappelijke factoren die bij de opname in een verpleegtehuis een rol vervullen?

IV. Vragen betreffende de prognose en de situatie een half jaar na de opname:

1. hoe is de verwachte en de feitelijke situatie na een half jaar,
2. bij welk percentage van de patienten is de prognose in overeenstemming met de feitelijke situatie na een half jaar,
3. welke medische en niet-medische factoren zijn van invloed op de situatie na een half jaar?

3. HET ONDERZOEK

De in dit hoofdstuk vermelde gegevens zijn ontleend aan:

- het jaarverslag 1968 van de G.G. en G.D. van Rotterdam,
- de jaarverslagen 1960 t/m 1968 van het verpleegtehuis Antonius-Binnenweg te Rotterdam (niet gepubliceerd),
- het rapport, De Rotterdamse Bejaarden, deel 1, Gemeente Rotterdam, 1968.
- schriftelijke mededelingen van de G.G. en G.D. van Rotterdam en van het Gemeentelijk Bureau voor de Statistiek van Rotterdam.

3.1 Het onderzoeksveld

Ons onderzoek betreft de patiënten die van 1 april 1968 tot en met 31 maart 1969 in het verpleegtehuis Antonius-Binnenweg te Rotterdam opgenomen werden en het patientenbestand in december 1968. Uit de jaarverslagen van Antonius-Binnenweg blijkt dat in de, aan het onderzoek voorafgaande jaren circa 90 tot 95% van de nieuw opgenomen patienten afkomstig was uit de gemeente Rotterdam. De overige patienten kwamen vrijwel alle uit naburige gemeenten, voornamelijk uit Schiedam.

De aanvraag tot opname van in Rotterdam woonachtige patienten wordt door de behandelend arts (huisarts of specialist) ingediend bij de G.G. en G.D. De aanmelding van niet uit Rotterdam afkomstige patienten ontvangen wij rechtstreeks van de behandelend arts. Of een patient in Antonius-Binnenweg of in een ander verpleegtehuis opgenomen wordt, is afhankelijk van de voorkeur van de patient en (of) van de voorkeur van de behandelend arts. Deze voorkeur wordt waarschijnlijk vooral bepaald door de godsdienst van de patient, aangezien 85 tot 90% van onze nieuw opgenomen patienten opgeeft katholiek te zijn. Geven de patient of de behandelend arts geen voorkeur te kennen, dan wordt door de G.G. en G.D. vastgesteld bij welk verpleegtehuis de aanvraag gedaan zal worden. Bij deze selectie is behalve het al dan niet in een bepaald verpleegtehuis beschikbaar zijn van een plaats, ook de godsdienst van de patient van invloed.

Teneinde te beoordelen of de opname noodzakelijk is en om de urgentie te bepalen worden de patienten in het algemeen door een arts van de G.G. en G.D. bezocht. Een aantal aanvragen wordt afgewezen omdat de opname niet nodig geacht wordt (in 1968 waren er 183 afwijzingen op 3431 aanvragen). Vervolgens worden ons de voor ons bestemde aanvragen toegezonden. Aansluitend vragen wij medische gegevens aan de behandelend arts. Na ontvangst hiervan wordt de patient door ons bezocht, waarna vrijwel steeds opname volgt. Een zeer gering aantal aanvragen wijzen wij alsnog af, omdat er naar onze mening geen verpleegtehuis-indicatie (meer) is of omdat de patient psychisch zodanig gestoord is, dat hij hinderlijk is voor zijn omgeving. In spoedisende gevallen wordt een minder omslachtige procedure gevolgd, waardoor een opname in enkele uren gerealiseerd kan worden.

In de jaren voorafgaand aan het onderzoek was circa 83% van de nieuw opgenomen patienten 65 jaar of ouder, circa 12% was tussen 50 en 65 jaar en circa 5% was jonger dan 50 jaar. Het percentage niet-bejaarden vertoonde de laatste jaren een dalende tendens.

De overgrote meerderheid van de nieuwe opnamen wordt dus gevormd door katholieke bejaarden, afkomstig uit de gemeente Rotterdam.

3.2 De bevolking van Rotterdam

Op 1 januari 1969 bestond de bevolking van Rotterdam uit 699.243 personen. Hiervan waren er 90.919 (13%) 65 jaar of ouder. In vergelijking met het gehele land heeft Rotterdam veel bejaarden in zijn bevolking, een verschijnsel dat zich ook in Amsterdam en den Haag voordoet. Het percentage bejaarden van geheel Nederland bedroeg 1 januari 1969 10.

Het inwonersaantal van Rotterdam is in de laatste jaren afgenomen, voornamelijk als gevolg van emigratie naar omliggende gemeenten. Dat deze emigratie vooral niet-bejaarden betreft, blijkt uit het feit, dat op 1 januari 1966 het aantal inwoners 728.308 bedroeg waarvan er 84.927 (11,7%) 65 jaar of ouder waren.

Op 1 januari 1969 waren 22.156 (24,4%) van de 90.919 bejaarden katholiek. Van de gehele Rotterdamse bevolking was 25,1% katholiek.

Tabel 3.1 geeft de samenstelling van de bevolking van Rotterdam naar leeftijd en geslacht, terwijl tabel 3.2 een dergelijke indeling van de bejaarde populatie weergeeft.

3.3 Verpleegtehuizen in Rotterdam

Over de behoefte aan verpleegtehuisbedden bestaat in Nederland verschil van mening. Het onderzoek dat VAN ZONNEVELD (1954) in de stad Groningen instelde naar de objectieve behoefte aan verpleging, gaf als uitkomst, dat 3,4% van de bejaarden in aanmerking kwamen voor opname in een verpleegtehuis. De percentages voor lichamelijk zieke en psychisch gestoorde bejaarden waren resp. 2,4 en 1,0.

Een onderzoek, ingesteld door SCHREUDER (1955) in Z.W. Friesland gaf als uitkomst dat 4,21% van de bejaarden verpleegbehoefstig was. Werd de invloed, die de bejaarde patient uitoefent op of ondergaat van zijn omgeving in de beoordeling betrokken, dan zou 2,31% van de bejaarden dringend voor verpleegtehuisonopname in aanmerking komen. Van recenter datum is het onderzoek dat te Leiden plaatsvond (FIENNIS, 1973). Volgens de resultaten van dit onderzoek moet de behoefte aan verpleegtehuisbedden voor lichamelijk zieken gesteld worden op 2,7% van het aantal bejaarden.

De variaties in de gegeven behoefte-schattingen zijn groot. Bij de meeste spreidingsplannen voor verpleegtehuizen wordt uitgegaan van een beddenbehoefte voor lichamelijk zieken van 1,75 tot 2⁰/₁₀₀ van de bevolking en voor geestelijk gestoorde bejaarden van 0,75 tot 1% van het aantal bejaarden. Voor de grote steden wordt, o.a. vanwege het hoger percentage bejaarden, de behoefte aan verpleegtehuisbedden voor lichamelijk zieken hoger geschat en wel op 2,5⁰/₁₀₀ van de bevolking.

In verhouding tot bovengenoemde normen bestond er in Rotterdam ten tijde van ons onderzoek een tekort aan verpleegtehuisbedden, zowel voor lichamelijk zieken als voor geestelijk gestoorde bejaarden. Tabel 3.3 geeft een overzicht van het bestand aan verpleegtehuisbedden in Rotterdam, inclusief de niet-erkende tehuizen, op 1 januari 1969.

Aan plaatsen in verzorgingstehuizen bestond, althans voor katholieke bejaarden, eveneens een tekort. Op 1 januari 1969 waren er 625 plaatsen in katholieke verzorgingstehuizen. Dit is circa 2,8 plaatsen per 100 bejaarden. De meest gangbare norm voor de behoefte aan verzorgingsplaatsen is 6 per 100 bejaarden. Een tekort aan verzorgingsplaatsen kan voor het verpleegtehuis enerzijds inhouden dat bejaarden niet of niet tijdig in een verzorgingstehuis opgenomen kunnen worden en mogelijk door de onvoldoende verzorging thuis, verpleegbehoefstig worden, anderzijds dat gereactiveerde verpleegtehuispatienten die niet meer naar

Tabel 3.1: De samenstelling van de bevolking van Rotterdam op 1 januari 1969 ingedeeld naar leeftijdscategorieën en geslacht.

leeftijds- categorieën	mannen n=344241	vrouwen n=355002	mannen+vrouwen n=699243
0-49 jaar	71,4%	66,9%	69,1%
50-64 jaar	17,2%	18,6%	17,9%
65-69 jaar	4,4%	5,3%	4,9%
70-74 jaar	3,2%	4,1%	3,7%
75-79 jaar	2,0%	2,8%	2,4%
80-84 jaar	1,2%	1,5%	1,3%
85-89 jaar	0,5%	0,6%	0,5%
90 jaar en ouder	0,1%	0,2%	0,2%

Tabel 3.2: De bejaarden van Rotterdam op 1 januari 1969 ingedeeld naar leeftijdscategorieën en geslacht.

leeftijds- categorieën	mannen n=39366	vrouwen n=51553	totaal n=90919
65-69 jaar	39%	37%	38%
70-74 jaar	28%	28%	28%
75-79 jaar	18%	19%	19%
80-84 jaar	10%	11%	10%
85-89 jaar	4%	4%	4%
90 jaar en ouder	1%	1%	1%

Tabel 3.3: Verpleegtehuisbedden in Rotterdam op 1 januari 1969.

		aantal bedden voor lichamelijk zieken			aantal bedden voor psychisch gestoorde bejaarden	
	aantal inwoners	absoluut	per 1000 inwoners	aantal bejaarden	absoluut	per 100 bejaarden
katholiek	175565	355	2,0	22156	-	-
niet-katholiek	523678	1047	2,0	68763	320	0,46
totaal	699243	1402	2,0	90919	320	0,35

huis kunnen, niet tijdig naar een verzorgingstehuis overgeplaatst kunnen worden.

Ook een tekort aan ziekenhuisbedden kan voor het verpleegtehuis gevolgen hebben. Patiënten die niet of niet tijdig in een ziekenhuis opgenomen worden, kunnen in een verpleegtehuis, als beste alternatief, terecht komen. Ten tijde van ons onderzoek waren er in Rotterdam 4869 ziekenhuisbedden waarvan 1014 in academische en 459 in categorale ziekenhuizen. Berekend over het gehele verzorgingsgebied der Rotterdamse ziekenhuizen (932.600 inwoners) waren er dus 5,2 bedden per 1000 inwoners, hetgeen betekent, dat er volgens de gangbare normen geen tekort was.

Volledigheidshalve zij vermeld dat een tekort aan verpleegtehuisbedden zijn weerslag heeft op het functioneren van ziekenhuizen en verzorgingstehuizen. Bij een dergelijk tekort kunnen de in het ziekenhuis verblijvende patiënten die geen intensieve specialistische behandeling meer nodig hebben, niet tijdig naar een verpleegtehuis overgeplaatst worden, terwijl ten aanzien van het verzorgingstehuis het gevaar bestaat dat het een groot aantal verpleegpatiënten herbergt of door opname van verpleegbehoefigen of doordat bewoners die verpleegbehoefig worden niet tijdig naar een verpleegtehuis overgeplaatst kunnen worden. Dat dit laatste gevaar niet denkbeeldig is, blijkt uit een landelijk onderzoek van de Katholieke Vereniging van Bejaardenhuizen (1964) en uit een onderzoek te Nijmegen (ZEGERS, 1965) waarbij aan het licht kwam dat circa 15% van de bewoners van verzorgingstehuizen bedlegerig of volledig hulpbehoevend waren, terwijl nog eens 23% gedeeltelijk hulpbehoevend bleek te zijn.

3.4 Het verpleegtehuis Antonius-Binnenweg

In 1863 werd te Rotterdam de "Vereniging van de H. Antonius" opgericht. Deze had tot doel de verpleging van ongeneeslijk zieke en blinde vrouwen. In 1866 werd begonnen met de bouw van een verpleegtehuis, dat in 1868 onder de naam : "St. Antonius Gesticht" in gebruik werd genomen. Na een tiental jaren bleek de capaciteit te gering. Er werd een nieuwe vleugel gebouwd, die in 1881 gereed kwam. Vanaf dat jaar werden ook mannen opgenomen. Vermeldenswaard is dat in die tijd vele patiënten gratis verpleegd werden. De verpleging geschiedde door religieuzen, die hiervoor slechts een geringe vergoeding ontvingen; de overige kosten werden grotendeels gedekt door giften. Het jongste gedeelte van het huidige verpleegtehuis kwam in 1908 tot stand. Dit gedeelte bestond voornamelijk uit éénpersoonkamers. In de daarna volgende jaren bleek het niet gemakkelijk een volledige bezetting van de beschikbare plaatsen te verwezenlijken, getuige een advertentie uit 1920: "St. Antonius Gesticht te Rotterdam. In deze inrichting, riant gelegen, met grote tuin en kapelaan aan huis, is gelegenheid tot verpleging van Heeren en Dames. Ook voor tijdelijke verpleging bestaat gelegenheid". Aan de doelstelling, de verpleging van ongeneeslijk zieken en blinden, werd vanaf deze periode niet meer streng de hand gehouden. Naast verpleegbehoefigen werden ook gezonde bejaarden en geestelijk gestoorde opgenomen.

Geleidelijkaan gingen gezonde bejaarden de meerderheid vormen hetgeen blijkt uit het feit dat in 1961, naar het oordeel van de toenmalige dirigerend geneesheer, slechts 66 van de 320 patiënten verpleegbehoefig waren. Waarschijnlijk werden er echter voor het bepalen van de verpleegbehoefte zeer strenge normen gehanteerd, aangezien in hetzelfde jaar

45 patiënten als bedlegerig te boek stonden.

Een hernieuwde bezinning op de taak van de Vereniging en de uitvoering daarvan, kwam omstreeks 1955 op gang. De aandacht werd weer meer gericht op de verpleegbehoefte. De outillage en de personeelsbezetting leken niet meer in overeenstemming met de eisen die op basis van de ontwikkeling van de geneeskunde, gesteld mochten worden. Een en ander resulteerde onder meer in de aanstelling van een arts (1959) en een fysiotherapeut (1960) beide in volledig dienstverband. Ingrijpende verbouwingen leverden o.a. onderzoekruimten, een revalidatiezaal en een laboratorium op, terwijl de verpleegafdelingen gemoderniseerd werden. De naam St. Antonius Gesticht werd gewijzigd in Huize Antonius, Omdat een tweede verpleegtehuis van de Vereniging de naam Antonius-Ijsselmonde kreeg, vond in 1968 nogmaals een naamsverandering plaats, waarbij het oudere huis Antonius-Binnenweg gedoopt werd.

De ontwikkeling in de laatste tien jaren is af te lezen uit de jaarverslagen, waarvan het eerste in 1960 werd samengesteld. De capaciteit was toen 318 bedden en wel 81 op, door de patiënten zelf gemeubileerde kamers, en 237 op verpleegkamers. Door herindeligen nam in de loop der jaren het aantal bedden toe tot 333 (einde 1968): 65 op gemeubileerde kamers en 268 op verpleegkamers. Opgemerkt dient te worden dat het aantal bedden voor verpleegpatiënten op 275 gefixeerd werd, terwijl de overige bedden voor verzorgingsbehoeftige bejaarden bestemd bleven. Aanvankelijk werden de gemeubileerde kamers vrijwel uitsluitend door gezonde bejaarden bewoond, doch later, o.a. door het verpleegbehoefte worden van deze bejaarden, nam het aantal verpleegbehoefte op de gemeubileerde kamers toe. Ook het totale aantal patiënten met een verpleegtehuisindicatie steeg. In 1966 bijvoorbeeld was het aantal niet-verpleegbehoefte nog slechts 73, enerzijds door het overlijden of verpleegbehoefte worden van valide bewoners, anderzijds omdat steeds minder gezonde bejaarden opgenomen werden. Omdat de gemiddelde validiteit van de patiënten geleidelijk minder werd, kwamen er meer plaatsen vrij door overlijden. Bij de nieuwe opnamen werd het aantal terminale en reactiveerbare patiënten, ten opzichte van de langdurig zieken groter, zodat zowel het aantal gevallen van overlijden als het aantal patiënten dat na reactivering ontslagen kon worden, toenam. Zo was bijvoorbeeld in de jaren 1960 t/m 1962 het aantal overledenen gemiddeld 53 per jaar en het aantal patiënten dat naar huis ging circa 10 per jaar. In 1966 t/m 1968 overleden gemiddeld 191 patiënten per jaar en gingen er gemiddeld 171 per jaar naar huis, terwijl ongeveer 20 patiënten per jaar naar een verzorgingstehuis overgeplaatst konden worden. Het aantal opnamen nam hierdoor toe van circa 70 (1960 t/m 1962) tot circa 400 (1966 t/m 1968) per jaar. De heropnamen na een tijdelijke overplaatsing naar een ziekenhuis zijn hierbij buiten beschouwing gelaten.

Van het totaal aantal bedden waren er in de afgelopen tien jaren ongeveer 85 bestemd voor mannen en ongeveer 250 voor vrouwen. Er was voldoende flexibiliteit om, binnen ruime grenzen, deze verdeling aan te passen aan de geslachtsverhouding bij de aanvragen voor opname. De doorstroming op de mannenbedden blijkt aanzienlijk groter te zijn dan op de vrouwenbedden, getuige het feit dat in de jaren 1964 t/m 1968 38% van de nieuwopgenomen patiënten mannen waren. Bij de ontslagenen was de verhouding tussen mannen en vrouwen ongeveer als 1:2 en bij de overledenen ongeveer als 3:4. Bij de landelijke verpleegtehuis-enquête in 1964 (Het verpleegtehuis in ontwikkeling, 1967) was de verhouding tussen mannen en vrouwen bij de opnamen als circa 2:3,

bij de ontslagen als circa 3:5 en bij de overledenen als circa 5:7.

Tabel 3.4 geeft een overzicht van de doorstroming in Antonius-Binnenweg in de jaren 1966 t/m 1968. Een geringe afname van het aantal opnamen in 1968 is een gevolg van het feit, dat er in dat jaar, als gevolg van verbouwing, gemiddeld minder bedden beschikbaar waren dan in de vorige jaren.

3.5 Methode van onderzoek

3.5.1 Inleiding

Van alle nieuwopgenomen patiënten vulden wij een vragenformulier (formulier A.1) in. Dit geschiedde zodra wij meenden voldoende inzicht te hebben in de toestand van de patiënt, doch uiterlijk tien dagen na de opname.

De voornaamste gegevens die op formulier A.1 verzameld werden, kunnen onderverdeeld worden in gegevens betreffende:

1. de persoon en de maatschappelijke omstandigheden van de patiënt (sociaal-economisch milieu, woonsituatie, aantal kinderen, burgerlijke staat)
2. de aanleiding tot opname
3. de verpleegbehoefte
4. de begeleidingsbehoefte
5. de behoefte aan fysiotherapie
6. de reden van opname
7. de aandoeningen die de verpleegbehoefte of de huishoudelijke invaliditeit veroorzaken
8. de aandoeningen die de begeleidingsbehoefte veroorzaken
9. de prognosestelling bij opname en de situatie na een half jaar
10. de verblijfsduur bij ontslag of overlijden

Van patiënten die binnen een half jaar naar huis of naar een verzorgingstehuis vertrokken, werd, naar de situatie op de ontslagdatum, formulier A.2, ingevuld. Dit formulier bevat uitsluitend gegevens betreffende de verpleegbehoefte, de begeleidingsbehoefte, de behoefte aan fysiotherapie en de reden van ontslag.

Formulier A.3 werd gebruikt voor patiënten die na een half jaar nog in ons verpleegtehuis verbleven. Behalve bovengenoemde vormen van hulpbehoefte vermeldt dit formulier ook de reden van verder verblijf en de aandoeningen die de hulpbehoefte veroorzaken.

Omdat wij het van belang achten, de gegevens betreffende de nieuw opgenomen patiënten te vergelijken met soortgelijke gegevens van het patiëntenbestand, werd een momentopname uitgevoerd: door middel van formulier B verzamelden wij van het patiëntenbestand een aantal vergelijkbare gegevens. Bij de momentopname werd niet gevraagd naar: - het sociaal-economisch milieu, aangezien wij meenden, dat deze informatie van een te groot aantal patiënten niet verkregen zou kunnen worden, voornamelijk wegens hun psychische toestand. Het gegeven leek ons niet belangrijk genoeg om hierover inlichtingen bij familieleden in te winnen. Dit laatste gebeurde wel bij de nieuwe opnamen, omdat dan in het algemeen toch een gesprek met een familielid plaatsvindt; - het gezinsverband en de woonsituatie, enerzijds om dezelfde reden als bij het sociaal-economisch milieu, anderzijds omdat de verblijfsduur vaak zo lang is, dat de patiënt geacht kan worden domicilie te hebben in het verpleegtehuis. Daarbij komt, dat de betreffende omstandigheden zich tijdens het verblijf gewijzigd kunnen hebben, mede als gevolg

Tabel 3.4: Opgenomen, ontslagen en overleden patiënten in het verpleegtehuis Antonius-Binnerweg in de jaren 1966 t/m 1968.

	1966	1967	1968
opgenomen van huis uit	247	258	234
vanuit een ziekenhuis			
- eerste opname	158	146	124
- heropname	28	26	44
van elders ^x	14	12	15
totaal	447	442	417
ontslagen naar huis	190	164	159
naar ziekenhuis	46	42	53
naar elders ^x	31	26	23
totaal	267	232	235
overleden	174	210	189

x) verzorgingstehuis of ander verpleegtehuis

van de opname van de patiënt;

- de medische behandeling voorafgaand aan de opname, omdat dit gegeven ons, gezien de lange verblijfsduur van vele patiënten, niet relevant leek.

De momentopname werd verricht tussen 10 en 23 december 1968. Om praktische redenen kon dit deel van het onderzoek niet op één dag plaatsvinden. Voor iedere verpleegafdeling werd een datum vastgesteld binnen de genoemde periode. De patiënten die op de bepaalde datum op de afdeling verbleven, werden in het onderzoek betrokken, met uitzondering van degenen die noch ten tijde van het onderzoek, noch bij hun opname een indicatie voor een verpleegtehuis voor lichamelijk zieken hadden, en tevens reeds langer dan vijf jaar verpleegd werden. Deze patiënten meenden wij te moeten elimineren, aangezien hun opname plaatsvond in een tijd, waarin het opnamebeleid niet gelijk was aan het huidige. Hadden wij deze patiënten wel in de momentopname betrokken, dan zou de vergelijking met de nieuwe opnamen, die immers wel in het huidige opnamebeleid passen, aan waarde verloren hebben. Patiënten die bij hun opname in ons tehuis geen verpleegtehuisindicatie hadden, doch in de loop van hun verblijf verpleeg- of begeleidingsbehoefteig geworden zijn, werden wel in de momentopname betrokken. Als datum van opname gold de datum waarop de verpleegtehuisindicatie inging, en als verblijfplaats vóór de opname het verzorgingstehuis.

Het feit dat de momentopname binnen de onderzoeksperiode van de nieuwe opnamen valt, heeft tot gevolg dat een aantal patiënten in beide categorieën voorkomt. Achteraf gezien hadden wij het onderzoek van het patiëntencbestand beter vóór 1 april 1968 (de aanvang van het onderzoek van de nieuwe opnamen) kunnen uitvoeren, ofschoon er geen redenen zijn om te veronderstellen, dat de samenstelling van het patiëntenbestand dan anders geweest zou zijn.

3.5.2 De formulieren

Onder 3.5.1 gaven wij reeds globaal aan, welke gegevens op de verschillende formulieren verzameld werden. In deze paragraaf willen wij ieder gegeven afzonderlijk vermelden en, voorzover nodig, nader toelichten:

1. Nummer van de patiënt
(formulier A.1, A.2, A.3 en B)
2. Geslacht: a. man
 b. vrouw
(formulier A.1 en B)
3. Sociaal-economisch milieu:
 - a. ongeschoolden
 - b. overigen
 - c. niet in te delen
 - d. onbekend
 (formulier A.1)

De patiënten werden verdeeld in ongeschoolden en overigen. Onder ongeschoolden verstaan wij degenen die een beroep uitoefenen of uitoefend hebben, waarvoor geen school- of bedrijfsopleiding nodig is. Voor gehuwde vrouwen, weduwen en gescheiden vrouwen is het beroep van de echtgenoot in aanmerking genomen, tenzij de vrouw gedurende geruime tijd, tijdens of na haar huwelijk een beroep heeft uitoefend of nog uitoefent.

4. Gezinsverband:

- a. samenwonend met echtgeno(o)t(e)
- b. samenwonend met kind(eren)
- c. samenwonend met anderen
- d. alleenwonend
- e. onbekend

(formulier A.1)

We noemen iemand alleenwonend wanneer hij alléén een zelfstandige wooneenheid bewoont. Bij degenen die samenwonen met hun echtgeno(o)t(e) hebben wij er geen rekening mee gehouden of er tevens nog kinderen inwonend zijn. Concubinaat is als "samenwonend met echtgeno(o)t(e)" opgevat. Bij samenwoning met kinderen maken wij geen onderscheid tussen het inwonen van kinderen bij de patiënt en het inwonen van de patiënt bij de kinderen, aangezien dit onzes inziens niet van invloed is op de verpleegmogelijkheden thuis.

Samenwonend met anderen noemen wij iemand die samen met bijvoorbeeld broer of zus, huishoudster e.d. woont. Ook pensionbewoners of patienten die uit een verzorgingstehuis komen, beschouwen wij als samenwonend met anderen. Verpleegsters die beroepshalve bij een patiënt inwonen, hebben wij echter niet als anderen aangemerkt.

Gehuwden zijn niet als samenwonend met echtgeno(o)t(e) beschouwd, wanneer de partner in een ziekenhuis of verpleegtehuis verbleef of anderszins langdurig afwezig was. Bij echtelieden die tezamen opgenomen werden, is degene die vanwege de ander opgenomen werd, als alleenwonend geregistreerd.

5. Verblijfplaats vóór de opname:

- a. thuis
- b. een verzorgingstehuis
- c. een ziekenhuis
- d. een ander verpleegtehuis
- e. onbekend

(formulier A.1 en B)

6. Specialistische behandeling gedurende het laatste half jaar voor de opname:

- a. ja
- b. neen
- c. onbekend

(formulier A.1)

Wij hebben hier uitsluitend dié specialistische behandeling op het oog die verband houdt met de aandoeningen die ook bij de opname in het verpleegtehuis een rol vervullen.

7. Woonsituatie:

- a. benedenwoning of étagewoning met lift
- b. étagewoning zonder lift
- c. onbekend

(formulier A.1)

Bij deze indeling gaat het erom of de patiënt trappen moet lopen om zijn woning te bereiken c.q. te verlaten. Wij hebben echter een woning die via enkele treden bereikt kan worden (sousterrain of bel étage) als een benedenwoning beschouwd, aangezien deze woningen meer overeenkomen met benedenwoningen dan met étagewoningen. Het voor deze soort woningen invoeren van een derde categorie leek ons in verband met de vraagstelling niet zinvol.

Patiënten die vanuit een verzorgingstehuis opgenomen werden zijn in groep a ondergebracht aangezien vrijwel alle verzorgingstehuizen een liefhebber. Bij patiënten die uit een ziekenhuis of een ander verpleegtehuis komen, heeft de woonsituatie betrekking op de eigen woning.

8. Leeftijd

(formulier A.1 en B)

De leeftijd is naar beneden afgerond op jaren.

9. Aantal kinderen in leven

(formulier A.1 en B)

Bij de bepaling van het aantal kinderen werden de in het buitenland woonachtige kinderen niet meegerekend, aangezien deze als regel geen bijdrage kunnen leveren aan de verzorging van hun ouders. In mindere mate zou hetzelfde gezegd kunnen worden van kinderen die, wel binnen Nederland, maar op grote afstand van hun ouders wonen. Wij hebben echter gemeend deze niet te moeten uitsluiten, enerzijds omdat het niet te bepalen is welke afstand als grens genomen zou moeten worden, anderzijds omdat het voor binnen Nederland wonende kinderen soms mogelijk is hun vader en (of) moeder bij zich in huis te nemen of anderszins hulp te verlenen.

10. Burgerlijke staat:

- a. gehuwd
- b. weduwstaat
- c. feitelijk gescheiden
- d. ongehuwd
- e. onbekend

(formulier A.1 en B)

Onder gehuwden verstaan wij degenen die wettelijk gehuwd zijn en in feite met hun echtgeno(o)t(e) samenwonen, en degenen die in concubinaat leven. Met ongehuwd bedoelen wij "nooit gehuwd geweest" en niet in concubinaat levend. In de weduwstaat achten wij iemand van wie de echtgeno(o)t(e) overleden is en die niet hertrouwd is of in concubinaat leeft. Feitelijk gescheiden zijn degenen die duurzaam van hun echtgeno(o)t(e) gescheiden leven, ongeacht een eventuele wettelijke scheiding. Degenen die na de scheiding hertrouwd zijn of in concubinaat leven rekenen wij tot de gehuwden.

11.1 Is er een aanleiding tot opname:

- a. ja
- b. neen
- c. onbekend

11.2 Zo ja, welke:

- a. een bijkomstige ziekte
- b. overlijden van verzorg(st)er
- c. ziekte van verzorg(st)er
- d. vakantie van verzorg(st)er(s)
- e. andere aanleiding

(formulier A.1 en B)

ad 11.2.a: Met een bijkomstige ziekte bedoelen wij een ziekte die niet of slechts in onbelangrijke mate tot de invaliditeit of de begeleidingsbehoefte bijdraagt, maar die wel de rechtstreekse aanleiding tot de opname was.

ad 11.2.b,c en d: Onder de verzorg(st)er wordt in dit verband verstaan degene die de patiënt tot dan toe verzorgde, ongeacht in welke andere

relatie deze verzorg(st)er tot de patiënt staat (bijvoorbeeld echtgeno(o)t(e), buurvrouw).

ad 11.2.d: Soms wordt een patiënt tijdelijk opgenomen om de verzorg-(st)er(s) de gelegenheid te geven met vakantie te gaan. In een aantal gevallen echter wordt door de verzorg(st)er(s) de vakantie als aanleiding gebruikt om de patiënt definitief te doen opnemen. In die gevallen hebben wij de vakantie niet als aanleiding tot opname beschouwd, omdat hier de vakantie meer als - mogelijk gerechtvaardigde - misleiding van de patiënt gezien moet worden.

12. Verpleegbehoefte

(formulier A.1, A.2, A.3 en B)

12.1 Verpleegbehoefte met betrekking tot de A.D.L.

Is de patiënt goed, gedeeltelijk of niet in staat tot:

- a. zich kleden
- b. toilet gebruiken
- c. zich wassen
- d. continëntie
- e. eten

ad 12.1.a: Onder zich kleden wordt verstaan zich volledig aan- en uitkleden.

- goed in staat zich te kleden: patiënt kan zich geheel zelfstandig aan- en uitkleden binnen een redelijke tijd er met een goed resultaat.

- gedeeltelijk in staat zich te kleden: patiënt heeft hulp nodig bij het aantrekken van een enkel kledingstuk, doet te lang over het kleden (minstens een uur) of komt niet tot een aanvaardbaar resultaat.

- niet in staat zich te kleden: patiënt heeft veel of volledige hulp nodig bij het kleden.

ad 12.1.b: Onder toiletgebruik worden alle handelingen verstaan die iemand moet verrichten om van een - eventueel aangepast - toilet gebruik te maken. Het gaat van en naar het toilet is buiten beschouwing gelaten.

- goed in staat tot toiletgebruik: patiënt kan geheel zelfstandig van het toilet gebruik maken binnen een redelijke tijd en met een goed resultaat.

- gedeeltelijk in staat tot toiletgebruik: patiënt heeft bij een enkele handeling hulp nodig, doet te lang over het toiletgebruik of komt niet tot een redelijk resultaat.

- niet in staat tot toiletgebruik: patiënt heeft veel of volledige hulp nodig bij het toiletgebruik.

ad 12.1.c: Onder zich wassen verstaan wij het wassen van gezicht en handen, het scheren en het verzorgen van het haar, voorzover dit dagelijks nodig is.

- goed in staat zich te wassen: patiënt kan zijn gezicht en handen geheel zelfstandig wassen, zich zelfstandig scheren en zijn haar verzorgen binnen een normale tijdsperiode en met een goed resultaat.

- gedeeltelijk in staat zich te wassen: patiënt heeft enige hulp nodig bij een of twee van bovengenoemde handelingen, teneinde binnen redelijke tijd tot een goed resultaat te komen.

- niet in staat zich te wassen: patiënt heeft veel of volledige hulp nodig bij wassen, scheren en het verzorgen van het haar.

ad 12.1.d: Onder continëntie verstaan wij het beheersen van mictie en defecatie.

- continënt: patiënt is minder dan een keer per week incontinent.

- gedeeltelijk continënt: patiënt is tenminste een keer per week en

ten hoogste een keer per dag incontinent.

- niet continent: patiënt is vaker dan een keer per dag incontinent of heeft een dauercatheter (patiënten met een anus praeternaturalis hebben wij niet als incontinent voor ontlasting aangemerkt).

ad 12.1.e: Onder "eten" verstaan wij het zelfstandig naar de mond brengen van dranken en spijzen. Het klaarmaken van de spijzen bijvoorbeeld brood smeren en snijden, is buiten beschouwing gelaten.

- Goed in staat tot eten: patiënt kan zelfstandig eten binnen een redelijke tijd en met een goed resultaat (zonder teveel te morsen).

- Gedeeltelijk in staat tot eten: patiënt heeft bij het eten van bepaalde spijzen of bij het drinken hulp nodig of is slechts af en toe bij deze activiteiten hulpbehoevend.

- Niet in staat tot eten: patiënt is bij het eten en drinken volledig of vrijwel volledig hulpbehoevend.

12.2 Verpleegbehoefte met betrekking tot de voortbeweging:

- a. geen stoornis
- b. zelfstandig met rolstoel
- c. loopt gebrekkig
- d. kan zich niet voortbewegen

Onder voortbeweging verstaan wij het zich van de ene plaats naar de andere begeven.

ad 12.2.a: patiënt kan zich in een aanvaardbaar tempo over een afstand van ongeveer 100 meter verplaatsen. Patiënt kan trappenlopen en zich zelfstandig buitenshuis begeven.

ad 12.2.b: in deze categorie zijn alleen die patiënten ondergebracht die zich blijvend of gedurende lange tijd met een rolstoel voortbewegen. Patiënten die tijdelijk, in het verloop van de revalidatie, van een rolstoel gebruik maken, zijn onder c of d gerangschikt. Voorwaarde is dat de patiënt zich met zijn rolstoel geheel zelfstandig van de ene ruimte naar de andere kan begeven en dit ook werkelijk doet.

ad 12.2.c: patiënt kan zich, bijvoorbeeld ten gevolge van een beperkt uithoudingsvermogen, duizeligheid, aandoeningen van het bewegingsapparaat enz. slechts over een kleine afstand en in een langzaam tempo voortbewegen. Trappenlopen en zich zelfstandig buitenshuis begeven is voor deze patiënten onmogelijk.

ad 12.2.d: patiënt kan zich, zonder hulp van anderen, niet van de ene plaats naar de andere begeven of mag dit om medische redenen niet (bijvoorbeeld een patiënt met een fractuur van de onderste ledematen die nog niet lopen mag).

Bij de beoordeling van het lopen is er geen rekening mee gehouden of de patiënt hiervoor hulpmiddelen nodig heeft, zoals elleboogkrukken of een looprek.

12.3 Verpleegbehoefte voortkomend uit bedlegerigheid:

- a. 4 uur of langer uit bed
- b. 1 - 4 uur uit bed
- c. 1 uur of korter uit bed

ad 12.3.a: een patiënt die 4 uur of langer uit bed is hebben wij als niet-bedlegerig aangemerkt. De grens van 4 uur is gekozen, omdat de patiënten in een verpleegtehuis vaak om organisatorische redenen korter uit bed zijn dan zij zouden kunnen. In het algemeen is een patiënt die gedurende 4 uur uit bed is, ook wel in staat dit langer vol te houden.

ad 12.3.b: patiënten die gedurende een tijdsperiode van 1 - 4 uur buiten het bed verblijven, zijn als regel niet in staat dit langer vol te houden.

ad 12.3.c: patiënten die 1 uur of korter uit bed zijn beschouwen wij als geheel bedlegerig, omdat zij in het algemeen alleen bij het opmaken van het bed even eruit komen.

De grenzen van 1 en 4 uur berusten op de werkwijze in ons verpleegtehuis. Wij zijn ons ervan bewust, dat deze grenzen niet op grond van exacte gegevens bepaald zijn en dus enige willekeur in zich dragen.

13. Begeleidingsbehoefte

(formulier A.1, A.2, A.3 en B).

Zoals onder 2.2 is uiteengezet bedoelen wij met begeleiding alle vormen van, uit ziekte voortvloeiende, hulpverlening, voorzover deze niet vallen onder verpleging in engere zin of onder fysiotherapie. Bij de onderdelen waaruit de begeleiding bestaat, hebben wij getracht een indeling in drie groepen te maken. Groep a houdt in dat er geen of weinig begeleiding nodig is. Bij groep b is de behoefte aan begeleiding zodanig dat deze in een verzorgingstehuis en soms ook thuis nog gegeven kan worden. In groep c is de behoefte aan begeleiding zo groot dat deze thuis of in een verzorgingstehuis niet of zeer moeilijk geboden kan worden.

13.1 Bezoek van arts:

- a. minder dan 1x per week
- b. 1x per week
- c. vaker dan 1x per week

In ons verpleegtehuis is het gebruikelijk dat de patiënten 1x per week bezocht worden. In een aantal gevallen, vooral voor patiënten die reeds lange tijd opgenomen zijn, achten wij een wekelijkse visite te frequent. Bij patiënten die nog niet lang in het verpleegtehuis verblijven, is een wekelijks bezoek in het algemeen nodig, teneinde een goed beeld van de patiënt te krijgen. In een aantal gevallen, vooral bij pas-opgenomen patiënten maar ook bij een aantal patiënten die reeds langere tijd verpleegd worden, is een bezoek-frequentie van 1x per week hiertoe niet voldoende.

ad 13.1.a: in deze groep zijn de patiënten ondergebracht die minder dan 1x per week bezoek van de dokter nodig hebben, ook al worden zij, om organisatorische redenen, vaker bezocht.

ad 13.1.b: de wekelijkse doktersvisite is nodig.

ad 13.1.c: de patiënt heeft vaker dan 1x per week bezoek van de dokter nodig.

13.2 Gebruik van medicamenten:

- a. 4 of minder verschillende medicamenten per dag
- b. 4 - 8 verschillende medicamenten per dag
- c. 8 of meer verschillende medicamenten per dag

Bedoeld is het aantal verschillende medicamenten, ongeacht het aantal malen per dag dat het medicament toegediend moet worden. Een medicament dat dagelijks per injectie toegediend moet worden, hebben wij voor 4 medicamenten gerekend, aangezien deze toedieningswijze,

meer dan de andere toedieningswijzen de tussenkomst van opgeleid personeel vereist. Laxantia en slaapmiddelen zijn buiten beschouwing gelaten, aangezien de behoefte aan deze medicamenten nogaleens oorzakelijk samenhangt met het verblijf in het verpleegtehuis en omdat deze middelen niet steeds regelmatig worden toegediend.

13.3 Laboratoriumonderzoek:

- a. minder dan 1x per maand
- b. 1x per maand
- c. vaker dan 1x per maand

Bovenstaande onderverdeling berust op de veronderstelling dat een patiënt voor wie vaker dan 1x per maand bloed- en (of) urine-onderzoek nodig is, in het algemeen zodanig ziek is, dat de behandeling thuis moeilijkheden zou opleveren. Regelmatige controle van het aantal leucocyten of van de prothrombinetijd geschiedt meestal vaker dan 1x per maand. Omdat het hier een enkelvoudig onderzoek betreft, is een patiënt op basis van een van deze onderzoeken alléén, niet in groep c geplaatst.

13.4 Dieetvoorschrift:

- a. geen of enkelvoudig dieetvoorschrift
- b. tweevoudig dieetvoorschrift
- c. drie- of meervoudig dieetvoorschrift

Bij het opstellen van deze indeling is ervanuit gegaan, dat het samenstellen van een drie- of meervoudig dieetvoorschrift thuis of in een verzorgingstehuis moeilijk uitvoerbaar is.

13.5 Parenterale vochttoediening:

- a. nooit of zeer zelden nodig
- b. af en toe nodig
- c. geregeld nodig

Parenteraal vocht dienen wij toe, wanneer op basis van het lichamelijk onderzoek en (of) van het laboratoriumonderzoek een toestand van uitdroging wordt vastgesteld en het vochttekort langs orale weg niet of niet snel genoeg kan worden aangevuld.

ad 13.5.b: met "af en toe parenteraal vocht nodig" is bij de patiënten van het bestand bedoeld, dat de patiënt over de observatieperiode, 1 - 3x per jaar parenteraal vocht nodig gehad heeft of, bij een kortere observatieperiode, waarschijnlijk nodig zal hebben. Bij deze patiënten zal parenteraal vocht als regel alleen nodig zijn bij intercurrente ziekten. Bij de nieuwe opnamen zijn in groep c de patiënten ondergebracht die na opname enig parenteraal vocht nodig hadden, doch waar- bij het niet te verwachten was, dat zich nog verdere behoefte aan parenteraal vocht zou voordoen (behoudens bij intercurrente ziekten). ad 13.5.c: patiënten die geregeld parenteraal vocht nodig hebben zijn in het algemeen in een zodanige toestand dat ook zonder duidelijke intercurrente ziekten uitdroging dreigt. In groep c zijn ook degenen ondergebracht die wegens intercurrente ziekten vaker dan 3x per jaar parenteraal vocht nodig hebben.

Van de nieuwe opnamen zijn degenen tot groep c gerekend die bij opname gedurende langere tijd parenteraal vocht kregen en (of) bij wie verwacht kon worden dat parenterale vochttoediening in de toekomst geregeld zal moeten plaatsvinden. Bij de beoordeling van dit gegeven zijn niet alleen de behoefte aan een parenterale vochttoediening wegens uitdroging maar ook de behoefte aan bloedtransfusies

en intraveneuze voeding in aanmerking genomen.

13.6 Toezicht wegens een psychische stoornis:

- a. geen toezicht nodig
- b. toezicht nodig
- c. veel toezicht nodig

Bij bovenstaande indeling is het niet de bedoeling aan te geven of de patiënt psychisch gestoord is of niet en in welke mate. Het gaat om de behoefte aan toezicht. Een patiënt met een ernstige nachtelijke onrust kan in groep c thuishoren, terwijl een rustig-demente bedlegerige patiënt in groep a of b gerangschikt kan worden. Het onderscheid tussen "toezicht" en "veel toezicht" ligt hierin dat "toezicht" thuis of in een verzorgingstehuis in beginsel mogelijk is, terwijl "veel toezicht" daar niet mogelijk is.

13.7 Overige begeleidingsbehoefte:

- a. geen
- b. matig
- c. veel

Onder "overige begeleidingsbehoefte" hebben wij de vormen van begeleiding samengevat die minder frequent voorkomen. Vaak zullen hiervoor een aantal, los van elkaar staande, aandoeningen (bijvoorbeeld slechtziendheid plus een huidaandoening) aansprakelijk zijn. De overige begeleidingsbehoefte is als "matig" aangegeven, indien deze begeleiding thuis of in een verzorgingstehuis gegeven kan worden en als "veel" indien dit niet mogelijk of zeer moeilijk geacht moet worden.

Indien de "overige begeleidingsbehoefte" als matig of veel werd aangemerkt, is (zijn) de oorzakelijke stoornis(sen) geregistreerd. Stoornissen die waarschijnlijk vaak als oorzaak van "overige begeleidingsbehoefte" voorkomen zijn:

- 1. slechtziendheid
- 2. slechthorendheid,
- 3. pijn
- 4. frequente intercurrente ziekten
- 5. frequent braken
- 6. huidaandoeningen
- 7. frequent optreden van diarree
- 8. aphasie
- 9. andere spraakstoornissen
- 10. ulcus cruris
- 11. decubitus
- 12. overige stoornissen

ad 4. Ten tijde van intercurrente ziekten is de verpleeg- en begeleidingsbehoefte vaak aanmerkelijk groter dan gewoonlijk bij de desbetreffende patiënt het geval is. Ondanks het feit dat intercurrente ziekten ook verpleegbehoefte met zich brengen, hebben wij het frequent optreden van intercurrente ziekten bij de begeleidingsbehoefte ondergebracht, enerzijds om praktische redenen, anderzijds omdat wij menen, dat een patiënt die geregeld intercurrente ziekten doormaakt, meer behoefte heeft aan een continue deskundige begeleiding dan aan verpleging. Verpleegbehoefte bestaat immers alleen ten tijde van de ziekte, terwijl de begeleiding, in de vorm van een beschermend milieu en geregelde preventieve controle, voortdurend nodig is.

14. Behoeftte aan fysiotherapie:

- a. niet nodig
- b. gewenst ter handhaving van de status quo
- c. nodig ter handhaving van de status quo
- d. nodig ter verbetering van de conditie (formulier A.1, A.2, A.3 en B).

ad 14.a: onder "niet nodig" dient verstaan te worden:

- 1. voor de verbetering van de conditie of de handhaving van de status quo is geen fysiotherapeutische behandeling nodig.
- 2. van fysiotherapie is, gezien de toestand van de patiënt, geen resultaat van betekenis te verwachten, bijvoorbeeld bij een aantal terminale patienten en bij sommige demente patienten.
- 3. patient weigert fysiotherapie.

ad 14.b: zonder fysiotherapeutische onderhoudsbehandeling bestaat er gevaar, dat de conditie van de patient zal verslechteren.

ad 14.c: zonder fysiotherapeutische onderhoudsbehandeling zal de conditie van de patient ongetwijfeld achteruitgaan.

ad 14.d: van een fysiotherapeutische behandeling kan een verbetering van de conditie verwacht worden.

15. Reden van opname (c.q. reden van verder verblijf):

- a. verpleegbehoefte
- b. tijdelijke huishoudelijke invaliditeit
- c. begeleidingsbehoefte (formulier A.1, A.3 en B)

ad 15.a: Verpleegbehoefte wordt als reden van opname aangegeven, indien deze - op zich - voldoende reden voor de opname is of in combinatie met de begeleidingsbehoefte de opname-indicatie uitmaakt.

ad 15.b: tijdelijke huishoudelijke invaliditeit wordt, al dan niet in combinatie met begeleidingsbehoefte, als opname-indicatie beschouwd wanneer de patient niet of vrijwel niet verpleegbehoefstig is maar wel - tijdelijk - niet in staat tot huishoudelijke bezigheden. Dit kan bijvoorbeeld voorkomen bij alleenwonende bejaarden die, als gevolg van een weinig ernstige ziekte, tijdelijk niet in staat zijn hun normale huishoudelijke bezigheden te verrichten. Ook kan tijdelijke huishoudelijke invaliditeit aanwezig zijn bij patienten die lijden aan maligne aandoeningen. Bij deze patienten is te verwachten, dat de huishoudelijke invaliditeit spoedig in verpleegen (of) begeleidingsbehoefte zal overgaan. Ten derde kan huishoudelijke invaliditeit als reden van opname c.q. verder verblijf beschouwd worden wanneer een patient, na aansluiting aan een periode van verpleegbehoefte, dus in het verloop van zijn herstel, niet meer verpleeg- of begeleidingsbehoefstig is, maar nog niet voldoende valide is, om al naar huis terug te keren. In het algemeen hebben deze patienten nog een intensieve fysiotherapeutische behandeling nodig.

ad 15.c: begeleidingsbehoefte wordt aangegeven, indien de patient een zodanig intensieve oegeleiding nodig heeft dat deze op zich reeds voldoende reden voor opname is of indien de begeleidingsbehoefte tesamen met verpleegbehoefte of huishoudelijke invaliditeit de opname-indicatie bepaalt.

De combinatie van 1 of 2 met 3 kan dus voorkomen, indien beide - op zich - voldoende ernstig zijn om een opname noodzakelijk te maken en indien beide op zich niet, doch in combinatie wel, een opname-indicatie vormen. De combinatie 1 + 2 is niet mogelijk, aangezien verpleegbehoefte huishoudelijke invaliditeit insluit en tijdelijke

huishoudelijke invaliditeit alleen aangegeven is, indien er geen of vrijwel geen verpleegbehoefte aanwezig is.

16.a: aandoeningen die de verpleegbehoefte of de huishoudelijke invaliditeit veroorzaken.

b: aandoeningen die de begeleidingsbehoefte veroorzaken.
(formulier A.1, A.3 en B)

Voor elk van beide categorieën, 16a en 16b, zijn ten hoogste drie aandoeningen geregistreerd, met dien verstande dat alleen die aandoeningen geacht worden een rol te vervullen, die een duidelijke oorzakelijke factor vormen bij de invaliditeit of de begeleidingsbehoefte. Rekening houdend met de frequentie waarmee de aandoeningen bij verpleegtehuispatiënten aangetroffen worden, is de volgende indeling opgesteld:

cerebrovasculair accident

morbus Parkinson

multiple sclerose

andere aandoeningen van het zenuwstelsel x)

insufficiëntia cordis

algemene arteriosclerose

andere aandoeningen van de tr. circulatorius x)

arthrosis deformans

chronisch reuma

fractura colli femoris

andere fracturen

beenamputatie

andere ziekten van het bewegingsapparaat x)

urinewegsinfectie

nierinsufficiëntie

andere ziekten van de tr. urogenitalis x)

longemfyseem en (of chron. bronchitis)

pneumonie

andere ziekten van de tr. respiratorius x)

ziekten van de tr. digestivus x)

huidaandoeningen (incl. ulcus cruris) x)

adipositas

diabetes

anemie

maligne neoplasmata

slechtziendheid

slechthorendheid

dementie

andere psychische stoornissen

overige ziekten en intercurrente ziekten

x) behalve maligne neoplasmata

17. Prognose:

- a. patiënt zal binnen een half jaar naar huis terugkeren
- b. patiënt zal binnen een half jaar naar een verzorgingstehuis gaan
- c. patiënt zal na een half jaar nog opgenomen zijn
- d. patiënt zal binnen een half jaar overlijden (formulier A.1, A.3 en B).

Bij de nieuwe opnamen werd de prognose bepaald, zodra een voldoende indruk van de patiënt was verkregen, doch uiterlijk binnen tien dagen na opname. Bij de differentiatie tussen b en c werd behalve op de medische toestand ook op de maatschappelijke omstandigheden gelet.

18. Situatie na een half jaar:

- a. patiënt is binnen een half jaar naar huis teruggekeerd
- b. patiënt is binnen een half jaar naar een verzorgingstehuis gegaan
- c. patiënt is na een half jaar nog opgenomen
- d. patiënt is binnen een half jaar overleden (formulier A.1 en B)

ad 18.a en b patiënten die korte tijd na hun ontslag heropgenomen werden, zijn onder a of b gerangschikt, wanneer de heropname het gevolg was van een recidief of van een nieuwe ziekte. Was de heropname op korte termijn en voor dezelfde ziekte nodig dan beschouwer wij het ontslag als mislukt. In dit laatste geval was c van toepassing.

ad 18.c: verbleef een patiënt na een half jaar in een ziekenhuis of in een ander verpleegtehuis dan werd hij als nog opgenomen beschouwd. Er werd dan echter geen A.3 formulier ingevuld.

19. Verblijfsduur

(formulier A.1 en B)

Bij het patiëntenbestand werd de volgende indeling gebruikt:

- a. 0 - 3 maanden
- b. 3 - 6 maanden
- c. 6 - 12 maanden
- d. 1 - 5 jaar
- e. langer dan 5 jaar

Van de nieuw opgenomen patienten werd de verblijfsduur berekend uit de datum van opname en de ontslag - c.q. de overlijdensdatum.

20. Reden van ontslag:

- a. toestand verbeterd
- b. eigen verzoek
- c. vakantie van verzorg(st)er(s) ten einde (formulier A.2)

ad 20.b: onder ontslag op eigen verzoek verstaan wij bij reactieve-ringspatienten een ontslag dat, op aandringen van de patiënt en vóór de beëindiging van de behandeling, plaatsvindt. Ook bij blijvend-verpleegbehoefigen komt het voor dat een patiënt na korte tijd terug naar huis wil, bijvoorbeeld wegens heimwee.

ad 20.c: in dit verband verstaan wij onder een "vakantiepatiënt" iemand die gedurende een tevoren afgesproken periode verpleegd wordt, teneinde zijn verzorg(st)er(s) in de gelegenheid te stellen met vakantie te gaan, of omdat de verzorg(st)er(s) om andere redenen gedurende een bepaalde tijd niet beschikbaar zijn, bijvoorbeeld wegens ziekenhuisopname.

4. HET PATIENTENBESTAND EN DE NIEUW OPGENOMEN PATIENTEN

4.1 Inleiding

Zoals in paragraaf 3.5.1 vermeld werd, vond het onderzoek van het patiëntenbestand medio december 1968 plaats. De capaciteit van ons verpleegtehuis was toen 333 bedden, waarvan er 10 niet bezet waren. Conform het gestelde in paragraaf 3.5.1 werden 46 gezonde bejaarden en 22 geestelijk gestoorde uitgesloten, zodat 255 patiënten in het onderzoek betrokken werden.

Het onderzoek van de nieuwe opnamen betrof de 364 patiënten die van 1 april 1968 tot en met 31 maart 1969 in ons verpleegtehuis opgenomen werden. Patiënten die terugkeerden in ons verpleegtehuis na een tijdelijk verblijf in een ziekenhuis of na een mislukt ontslag werden niet tot de nieuw opgenomen patiënten gerekend. Ook bij de beoordeling van de situatie na een half jaar werd een mislukt ontslag buiten beschouwing gelaten.

4.2 Enkele persoonlijke en maatschappelijke gegevens

Het patiëntenbestand was samengesteld uit 68 mannen (26,7%) en 187 vrouwen (73,3%), een verhouding van circa 1 : 3. In de landelijke verpleegtehuisenquêtes van 1964 en 1970 was de verhouding tussen mannen en vrouwen ongeveer als 1 : 2.

De in de onderzoeksperiode opgenomen groep van 364 patiënten was samengesteld uit 141 mannen (38,7%) en 223 vrouwen (61,3%). Vergelijking met de geslachtsverhouding bij het patiëntenbestand laat zien dat de doorstroming (aantal opnamen per 100 bedden per jaar) bij de mannen aanzienlijk groter is dan bij de vrouwen. Deze bevinding is in overeenstemming met de uitkomsten van de landelijke enquêtes en van een eerder in ons verpleegtehuis uitgevoerd onderzoek (MERKUS, 1969). De oorzaak van de grotere doorstroming van de mannen is gelegen enerzijds in het feit dat na een half jaar relatief minder mannen nog opgenomen waren (zie tabel 7.7), anderzijds in de kortere opnameduur van mannen die binnen een half jaar ontslagen werden of overleden (zie paragraaf 4.7).

Tabel 4.1 geeft een indeling naar leeftijdscategorieën en geslacht van ons patiëntenbestand en van de patiënten van de landelijke enquêtes. Van ons patiëntenbestand is 19% jonger dan 65 jaar. 40% is 80 jaar of ouder. In de landelijke enquêtes waren de overeenkomstige percentages in 1964 23 en 38 en in 1970 14 en 47.

Het is merkwaardig, dat in ons patiëntenbestand relatief minder mannen zijn dan in de landelijke enquêtes. Wij menen dat het aantal bedden dat wij gewoonlijk voor mannen beschikbaar hebben in overeenstemming is met de vraag. Een argument hiervoor is, dat de geslachtsverhouding bij onze opnamen slechts weinig verschilt van de geslachtsverhouding van de nieuwe opnamen in alle Rotterdamse verpleegtehuizen. Een mogelijke verklaring is, dat andere verpleegtehuizen het aantal plaatsen voor mannen op een - in verhouding tot het aantal plaatsen voor vrouwen - te hoog aantal gefixeerd hebben en niet - evenals wij - dit aantal aanpassen aan de vraag.

Tabel 4.2 geeft een indeling van de nieuw opgenomen patiënten naar leeftijdscategorieën en geslacht, zulks in vergelijking met alle opnamen in Rotterdamse verpleegtehuizen in 1968. Bij onze patiënten bestaat een ondervertegenwoordiging van patiënten ouder

dan 80 jaar, tegen een oververtegenwoordiging van vrouwen jonger dan 65 jaar en van mannen van 65 - 80 jaar. Van de nieuw opgenomen patiënten is 14,6% jonger dan 65 jaar; 34% is ouder dan 80 jaar. De gemiddelde leeftijd van de nieuw opgenomen patiënten bedroeg voor de mannen 74,6 jaar, voor de vrouwen 74,2 jaar en voor alle patiënten tezamen 74,3 jaar. Bij het patiëntenbestand waren de overeenkomstige gegevens resp. 75,3 jaar, 73,3 jaar en 73,9 jaar.

De burgerlijke staat van ons patiëntenbestand wijkt weinig af van de burgerlijke staat van de patiënten uit de landelijke enquêtes (tabel 4.3). In tabel 4.3 hebben wij degenen die gescheiden zijn, bij de weduwen (-naars) gevoegd, omdat zij met dezen het meest overeenkomen en op zich een te kleine groep vormen om met enig ander gegeven vergeleken te kunnen worden.

De burgerlijke staat van de nieuw opgenomen patiënten is gunstiger dan van het patiëntenbestand (tabel 4.3). Zonder levensgezel (lin) is 81% van het bestand en 58% van de opgenomen patiënten. Het percentage ongehuwden is bij het patiëntenbestand 26 tegen 10 bij de nieuwe opnamen.

Van het patiëntenbestand is 40,4% en van de nieuwe opnamen 29,4% kinderloos (tabel 4.4). Vergelijking met de percentages ongehuwden van resp. 26 en 10 laat zien dat ongeveer 14% van het bestand en ongeveer 19% van de opnamen geen kinderen (meer) heeft, terwijl zij wel gehuwd of gehuwd geweest zijn. Bij deze beschouwing is geen rekening gehouden met in het buitenland wonende kinderen (zie paragraaf 3.5.2) en ook niet met kinderen van ongehuwden. Desondanks lijkt kinderloosheid bij de nieuwe opnamen frequenter dan in de gehele bevolking. Ook bij de gegadigden voor een verzorgingsstehuis (OOSTVOGEL, 1968) was het percentage kinderlozen groter dan in de gehele bevolking.

Het gezinsverband is voor mannen veel gunstiger dan voor vrouwen (tabel 4.5). Het gezinsverband wordt ongunstiger met het toenemen van de leeftijd. Samenwoning met kinderen komt vooral bij hoogbejaarden voor (de tabel betreffende het verband tussen gezinsverband, leeftijdscategorieën en geslacht is bij de auteur verkrijgbaar).

Tot de ongeschoolden behoorde 45,9% van de nieuw opgenomen patiënten, tot de geschoolden 53,3%. Twee patiënten waren niet in een van beide groepen in te delen, terwijl van één patient dit gegeven niet te achterhalen was. Een indeling naar burgerlijke staat, geslacht en sociaal-economisch milieu is weergegeven in tabel 4.6. In de volgorde gehuwd - weduwstaat - gescheiden - ongehuwd neemt het percentage ongeschoolden toe. Dit geldt zowel voor mannen als voor vrouwen. Bij de mannen is het percentage geschoolden in alle burgerlijke staat-categorieën hoger dan bij de vrouwen.

Een benedenwoning of een woning met lift hebben 196 patiënten (53,8%); 168 patiënten (46,2%) hebben een bovenwoning. In dit opzicht is de woonsituatie van de vrouwen gunstiger dan die van de mannen: 57,4% van de vrouwen en 48,2% van de mannen hebben een benedenwoning of een woning met lift.

Tabel 4.7 geeft een overzicht van de verblijfplaats vóór de opname van het patiëntenbestand, van de patiënten uit de landelijke enquêtes en van de nieuwe opnamen. Van ons patiëntenbestand komt een groter percentage uit een ziekenhuis dan van het landelijk onderzoek van 1964. De overeenkomst met de enquête van 1970 is zeer groot. Van de nieuwe opnamen komen relatief meer patiënten van thuis dan van de patiënten van het bestand.

Van de nieuw opgenomen patiënten is 52% gedurende het laatste half

Tabel 4.1: Indeling naar leeftijdscategorieën en geslacht van ons patiëntenbestand en van de patiënten uit de landelijke enquêtes van 1964 en 1970.

leeftijds- categorieën	mannen		vrouwen		mannen + vrouwen		
	patiënten- bestand n=68	landelij- ke enquête 1964 n=2196	patiënten- bestand n=187	landelijke enquête 1964 n=4317	patiënten- bestand n=255	landelijke en- quêtes 1964 n=6513	1970 n=17312
0-49 jaar	4%	14%	7%	8%	6%	10%	5%
50-64 jaar	7%	15%	15%	13%	13%	13%	9%
65-69 jaar	18%	8%	8%	8%	11%	9%	8%
70-74 jaar	12%	10%	12%	13%	12%	12%	13%
75-79 jaar	16%	16%	19%	19%	18%	18%	18%
80-84 jaar	19%	19%	22%	19%	22%	19%	22%
85-89 jaar	15%	13%	13%	14%	13%	13%	16%
90 jaar en ouder	9%	5%	4%	6%	5%	6%	9%

Tabel 4.2: De opnamen in Antonius-Binnenweg tussen 1 april 1968 en 31 maart 1969 en in alle Rotterdamse verpleegtehuizen in 1968 onderscheiden naar leeftijdscategorieën en geslacht.

leeftijdscategorieën	mannen		vrouwen		mannen en vrouwen	
	Antonius-Binnenweg n=141	Rotterdamse verpleegtehuizen n=1144	Antonius-Binnenweg n=223	Rotterdamse verpleegtehuizen n=1556	Antonius-Binnenweg n=364	Rotterdamse verpleegtehuizen n=2700
0-49 jaar	2,1%	2,5%	4,0%	2,4%	3,3%	2,4%
50-64 jaar	10,7%	11,4%	11,6%	10,0%	11,3%	10,6%
65-69 jaar	14,9%	11,6%	9,9%	9,8%	11,8%	10,6%
70-74 jaar	19,1%	14,8%	15,7%	16,8%	17,0%	16,0%
75-79 jaar	19,1%	18,1%	24,7%	20,4%	22,5%	19,4%
80-84 jaar	19,1%	21,8%	19,7%	23,5%	19,5%	22,7%
85-90 jaar	10,6%	14,1%	12,1%	12,0%	11,5%	12,9%
90 jaar en ouder	4,3%	5,8%	2,2%	5,1%	3,0%	5,4%

Tabel 4.3: Indeling van ons patiëntenbestand, van de patiënten van de landelijke enquêtes en van onze nieuw opgenomen patiënten naar geslacht en burgerlijke staat.

		gehuwd	weduwstaat of gescheiden	ongehuwd
mannen	patiëntenbestand n=68	34%	48%	18%
	enquête 1964 n=2196	32%	38%	30%
	enquête 1970 n=5745	37%	42%	21%
	opnamen n=141	63%	31%	6%
vrouwen	patiëntenbestand n=187	13%	58%	29%
	enquête 1964 n=4317	18%	54%	28%
	enquête 1970 n=11567	19%	59%	22%
	opnamen n=223	29%	59%	12%
mannen en vrouwen	patiëntenbestand n=255	19%	55%	26%
	enquête 1964 n=6513	23%	49%	28%
	enquête 1970 n=17312	25%	54%	21%
	opnamen n=364	42%	48%	10%

Tabel 4.4: Het kindertal van ons patiëntenbestand en van onze opnamen.

	patiëntenbestand			opnamen		
	mannen n=68	vrouwen n=187	m + v n=255	mannen n=141	vrouwen n=223	m + v n=364
geen kinderen	29,6%	44,4%	40,4%	24,1%	32,7%	29,4%
1, 2 of 3 kinderen	36,8%	34,2%	34,9%	51,1%	39,0%	43,7%
4 of meer kinderen	33,6%	21,4%	24,7%	24,8%	28,3%	26,9%
gemiddeld aantal kinderen	2,6	1,9	2,1	2,6	2,5	2,5

Tabel 4.5: Het gezinsverband van onze nieuw opgenomen patiënten in relatie met het geslacht.

	mannen n=141	vrouwen n=223	m + v n=364
samenwonend met echtgeno(o)t(e)	53,9%	25,1%	36,3%
samenwonend met kind(eren)	5,0%	16,6%	12,1%
samenwonend met anderen	13,5%	10,8%	11,8%
alleenwonend	27,7%	47,5%	39,8%

Tabel 4.6: Onze nieuwe opnamen onderscheiden naar burgerlijke staat, geslacht en sociaal-economisch milieu.

		ongeschoolden	overigen	niet in te delen of onbekend
gehuwd	mannen n=89	38,2%	60,7%	1,1%
	vrouwen n=64	43,8%	56,2%	-
weduwstaat	mannen n=35	42,8%	54,3%	2,9%
	vrouwen n=119	46,2%	53,0%	0,8%
gescheiden	mannen n=8	50,0%	50,0%	-
	vrouwen n=13	61,5%	38,5%	-
ongehuwd	mannen n=9	44,4%	55,6%	-
	vrouwen n=27	70,4%	29,6%	-

Tabel 4.7: De verblijfplaats vóór de opname van ons patiëntenbestand, van de patiënten van de landelijke enquêtes van onze opnamen.

	patiëntenbestand n=255	landelijke enquêtes		opnamen n=364
		1964 n=6513	1970 n=17312	
thuis	47%	54%	47%	59%
een verzorgingstehuis	10%	12%	11%	2%
een ziekenhuis	38%	27%	36%	37%
een ander verpleegtehuis	5%	5%	5%	2%
onbekend	-	3%	1%	-

jaar voorafgaand aan de opname onder specialistische behandeling geweest wegens een aandoening die bij de verpleegtehuisopname een oorzakelijke rol vervulde. Hiertoe behoren nagenoeg alle patienten die vanuit een ziekenhuis opgenomen werden, te weten 37% van de patienten. 15% Van de patienten heeft een recente klinische of poliklinische specialistische behandeling ondergaan zonder rechtstreeks vanuit een ziekenhuis opgenomen te zijn.

De verblijfsduur van het patientenbestand onderscheiden naar bejaarden en niet-bejaarden en naar het geslacht is weergegeven in tabel 4.8. Precies de helft van de patienten die reeds langer dan 5 jaar verpleegd worden is jonger dan 65 jaar. 52,9% Van de mannen, 39,6% van de vrouwen en 43,2% van alle patienten verblijven korter dan een jaar in het verpleegtehuis. Bij de landelijke enquêtes was in 1964 bij 41% en in 1970 bij 42% van de patienten de verblijfsduur korter dan een jaar. In 1964 was bij 44% de verblijfsduur 1 - 5 jaar en bij 15% langer dan 5 jaar. In 1970 was voor 48,5% van de patienten de verblijfsduur 1 - 6 jaar en voor 9,6% langer dan 6 jaar. Er is dus met betrekking tot de verblijfsduur geen verschil van betekenis tussen ons patientenbestand en de patienten van de landelijke enquêtes.

Voals in paragraaf 2.8 is uiteengezet, verstaan wij onder een aanleiding tot opname een bijkomstige ziekte, die niet of slechts ten dele bijdraagt aan de verpleeg- of begeleidingsbehoefte, of eer verandering in de maatschappelijke omstandigheden. Tabel 4.9 geeft aan bij hoeveel patienten een aanleiding tot opname aanwezig was er van welke aard deze was. Dat vakantie als aanleiding tot opname bij het patientenbestand niet voorkomt, vindt zijn oorzaak in het feit dat het onderzoek niet in een vakantie seizoen plaatsvond. Overigens zijn er met betrekking tot de aanleiding tot opname geen verschillen van betekenis tussen het patientenbestand en de nieuwe opnamen.

4.3 De onderscheiden vormen van hulpbehoefte.

Tabel 4.10 resp. 4.11 geven de frequentie aan van de onderscheiden vormen van verpleeg- en begeleidingsbehoefte bij het patientenbestand en bij de opnamen. De verpleegbehoefte van de nieuw opgenomen patienten is aanzienlijk groter dan die van het patientenbestand. Het verschil tussen bestand en opnamen met betrekking tot de begeleidingsbehoefte is wisselend: de nieuw opgenomen patienten hebben meer behoefte aan doktersoerzoek, aan laboratoriumonderzoek en aan parenteraal vocht, terwijl toezicht wegens een psychische stoornis bij het bestand groter is. De begeleidingsbehoefte in zijn geheel lijkt bij de opnamen groter dan bij het bestand.

Een vergelijking van het percentage A.D.L.-gestoorden van ons patientenbestand met dat van de landelijke enquêtes (tabel 4.12) laat zien, dat ten aanzien van het kleden, toiletgebruik en continentie het percentage gestoorden in ons bestand groter is dan in de landelijke enquête van 1964. Mogelijk zijn een aantal patienten met zeer lichte stoornissen door ons als gedeeltelijk gestoord en in de landelijke enquête van 1964 als niet gestoord aangemerkt. Bij deze landelijke enquête werd namelijk de keus beperkt tot gestoord en niet-gestoord. Het verschil tussen het landelijk onderzoek van 1964 en het onze met betrekking tot het zich wassen berust waarschijnlijk op een verschillende interpretatie van het wassen (zie paragraaf 2.3.1). Het is niet aannemelijk dat het wassen zoals wij dit bedoelen, bijna even vaak gestoord is als het kleden. Een en ander blijkt ook uit de ver-

Tabel 4.8: De verblijfsduur van ons patiëntenbestand onderscheiden naar het al dan niet bejaard-zijn en naar het geslacht.

verblijfsduur	0-64 jaar n=49	65 jaar en ouder n=206	mannen n=68	vrouwen n=187	alle pa- tiënten n=255
0 - 3 maanden	14,3%	22,3%	29,4%	17,6%	20,8%
3 - 6 maanden	14,3%	10,2%	13,2%	10,2%	11,0%
6 -12 maanden	2,0%	13,6%	10,3%	11,8%	11,4%
1 - 5 jaar	24,5%	43,2%	33,8%	41,7%	39,6%
langer dan 5 jaar	44,9%	10,7%	13,2%	18,7%	17,3%

Tabel 4.9: Het voorkomen van een aanleiding tot opname bij ons patiëntenbestand en bij onze opnamen.

	patiëntenbestand n=255	opnamen n=364
aanleiding tot opname aanwezig	22,4%	21,7%
- een toekomstige ziekte	15,7%	11,3%
- overlijden van verzorg(st)er	1,2%	0,8%
- ziekte van verzorg(st)er	4,3%	5,8%
- vakantie van verzorg(st)er	-	3,3%
- andere aanleiding	1,2%	0,5%
geen aanleiding tot opname aanwezig	74,1%	78,3%
onbekend	3,5%	-

Tabel 4.10: Frequentie van de onderscheiden vormen van verpleeg- en begeleidingsbehoefte bij ons patiëntenbestand.

<u>A.D.L.</u>	goed	gedeeltelijk	niet
zich kleden	57 (22,4%)	59 (23,1%)	139 (54,4%)
toilet gebruiken	104 (40,8%)	23 (9,0%)	128 (50,2%)
zich wassen	136 (53,3%)	35 (13,7%)	84 (32,9%)
continentie	153 (60,0%)	42 (16,5%)	60 (23,5%)
eten	200 (78,4%)	10 (3,9%)	45 (17,7%)
<u>voortbeweging:</u>			
geen stoornis		31 (12,2%)	
zelfstandig met rolstoel		26 (10,2%)	
loopt gebrekkig		85 (33,3%)	
kan zich niet voortbewegen		113 (44,3%)	
<u>bedlegerigheid:</u>			
4 uur of langer uit bed		204 (80,0%)	
1-4 uur uit bed		14 (5,5%)	
1 uur of korter uit bed		37 (14,5%)	

<u>begeleidingsbehoefte :</u>	geen of weinig	matig	veel
bezoek van arts	110 (43,1%)	121 (47,5%)	24 (9,4%)
gebruik van medicamenten	159 (62,4%)	83 (32,5%)	13 (5,1%)
laboratoriumonderzoek	101 (39,6%)	94 (36,9%)	60 (23,5%)
dieetvoorschrift	151 (59,2%)	88 (34,5%)	16 (6,3%)
parenterale vochttoediening	216 (84,7%)	23 (9,0%)	16 (6,3%)
toezicht wegens een psychische stoornis	152 (59,6%)	57 (22,4%)	46 (18,0%)
overige begeleidingsbehoefte	105 (41,2%)	56 (22,0%)	94 (36,9%)

Tabel 4.11: Frequentie van de onderscheiden vormen van verpleeg- en begeleidingsbehoefte bij onze nieuw opgenomen patiënten.

<u>A.D.L.:</u>			
	goed	gedeeltelijk	niet
zich kleden	59 (16,2%)	66 (18,1%)	239 (65,7%)
toilet gebruiken	97 (26,7%)	30 (8,2%)	237 (65,1%)
zich wassen	165 (45,3%)	36 (9,9%)	163 (44,8%)
continentie	223 (61,3%)	32 (8,8%)	109 (29,9%)
eten	268 (73,6%)	22 (6,1%)	74 (20,3%)
<u>voortbeweging:</u>			
geen stoornis		18 (5,0%)	
zelfstandig met rolstoel		4 (1,1%)	
loopt gebrekkig		102 (28,0%)	
kan zich niet voortbewegen		240 (65,9%)	
<u>bedlegerigheid:</u>			
4 uur of langer uit bed		174 (47,8%)	
1-4 uur uit bed		86 (23,6%)	
1 uur of korter uit bed		104 (28,6%)	
<u>begeleidingsbehoefte: x)</u>			
	geen of weinig	matig	veel
bezoek van arts	17 (4,7%)	229 (62,9%)	117 (32,1%)
gebruik van medicamenten	254 (69,8%)	98 (26,9%)	11 (3,0%)
laboratoriumonderzoek	101 (27,7%)	74 (20,3%)	188 (51,6%)
dieetvoorschrift	234 (64,3%)	117 (32,1%)	12 (3,3%)
parenterale vochttoediening	277 (76,1%)	21 (5,8%)	65 (17,9%)
toezicht wegens een psychische stoornis	260 (71,4%)	79 (21,7%)	24 (6,6%)
overige begeleidingsbehoefte	185 (50,8%)	56 (15,4%)	122 (33,5%)

x) Bij één patiënt kon, wegens de korte verblijfsduur, de begeleidingsbehoefte niet beoordeeld worden.

Tabel 4.12: Percentage A.D.L.-gestoorden bij ons patiëntenbestand en bij de landelijke enquêtes.

	patiëntenbestand n=255	landelijke enquêtes	
		1964 n=3461	1970 n=17250
zich kleden	78%	70%	72%
toilet gebruiken	59%	50%	61%
zich wassen	47%	67%	55%
continentie	40%	30%	33%
eten	22%	23%	?

gelijking met de uitkomsten van de enquête van 1970, waarin de vraag naar het zich wassen duidelijk gesteld was.

Van het patiëntenbestand kan 44,3% zich in het geheel niet voortbewegen, 33,3% loopt gebrekkig, 10,2% maakt gebruik van een rolstoel terwijl 12,2% geen voortbewegingsstoornissen heeft. Bij het landelijk onderzoek van 1964 kon 25% zich geheel zelfstandig, 32% met hulpmiddelen (stok, beugel, prothese, rolstoel) en 43% in het geheel niet voortbewegen. Bij de enquête van 1970 kon 23,2% van de patiënten zich in het geheel niet, 44,1% met hulpmiddelen of met hulp van anderen en 32,7% geheel zelfstandig voortbewegen.

Geheel bedlegerig is slechts 14,5% (bij de landelijke enquête in 1964 15,6%, en in 1970 12,7%), gedeeltelijk bedlegerig is 5,5% en niet bedlegerig 80% van het patiëntenbestand. Ondanks het feit dat bij de landelijke enquêtes de voortbewegingsstoornissen en de bedlegerigheid op een van de onze afwijkende methode geregistreerd zijn, krijgen wij uit de bovenstaande percentages de indruk dat er op deze punten geen belangrijke verschillen zijn tussen ons patiëntenbestand en de patiënten uit het landelijk onderzoek.

Van ons patiëntenbestand heeft 40,4% toezicht nodig wegens een psychische stoornis. Bij 18% is de behoefte aan toezicht zodanig dat deze op zich al voldoende reden voor het verblijf in een verpleegtehuis zijn zou. Bij het landelijk onderzoek van 1964 was 34% van de patiënten psychisch gestoord, en wel 10% sociaal onaangepast en 24% sociaal aangepast. In het landelijk onderzoek van 1970 zijn geen vergelijkbare percentages. Een door het Gerontologisch Centrum te Nijmegen uitgevoerd onderzoek in drie verpleegtehuizen (490 patiënten) naar het relatiepatroon van de verpleegtehuispatiënt met zijn oude omgeving (Bezoek in Verpleegtehuizen, 1970) vermeldt dat 15,9% van de patiënten soms en 11,6% dikwijls hinderlijk is voor de omgeving. WILTEN (1968) vermeldt dat van 428 in ziekenhuizen verblijvende bejaarden 19,2% psychisch gestoord was. De helft van deze psychisch gestoorde bejaarden vertoonde een sociaal aangepast gedrag, de andere helft een sociaal onaangepast gedrag.

De onder overige begeleidingsbehoefte samengebrachte vormen van begeleiding blijken zeer frequent te zijn, hetgeen vooral door stoornissen van visus en gehoor, pijnklachten en - althans bij het patiëntenbestand - door intercurrente ziekten veroorzaakt wordt. (tabel 4.13). Omdat bij de opname niet steeds te voorzien is of zich frequent intercurrente ziekten zullen voordoen, is dit gegeven bij de nieuw opgenomen patiënten niet geregistreerd.

De aandoeningen, die de overige begeleidingsbehoefte bepalen zijn bij het patiëntenbestand frequenter dan bij de nieuw opgenomen patiënten. Dit is vooral het geval bij stoornissen van visus en gehoor. Bij de landelijke enquêtes had 14,0% (1964) resp. 21,6% (1970) van de patiënten ernstige visusstoornissen en 12,2% (1964) resp. 19,2% (1970) ernstige gehoorstoornissen. Ernstige spraakstoornissen komen in ons onderzoek bij 6,7% van de patiënten voor, in de landelijke enquêtes bij 16,8% (1964) en 22,9% (1970) van de patiënten. In het rapport Bezoek in Verpleegtehuizen had 22,9% van de patiënten ernstige visusstoornissen, 18,3% ernstige gehoorstoornissen en 13,6% ernstige spraakstoornissen.

De behoefte aan fysiotherapie is bij het patiëntenbestand geringer dan bij de opnamen (tabel 4.14). Bij 71,3% van de nieuw opgenomen patiënten wordt een verbetering van de conditie bereikbaar geacht.

Tabel 4.13: De aard van de overige begeleidingsbehoefte bij ons patiëntenbestand en bij onze opnamen.

	patiëntenbestand n=255	opnamen n=363 ⁺
slechtziend	14,9%	7,5%
slechthorend	13,7%	4,7%
pijn	11,0%	7,7%
frequente intercurrente ziekten	23,5%	-
frequent braken	2,7%	3,3%
huidaandoeningen	5,5%	3,3%
frequent optreden van diarree	1,6%	1,4%
aphasie	4,3%	4,9%
andere spraakstoornissen	2,4%	0,8%
ulcus cruris	2,7%	3,6%
decubitus	2,4%	1,7%
overige stoornissen	9,0%	10,2%

+ Bij één patiënt kon - wegens de korte verblijfsduur - de begeleidingsbehoefte niet beoordeeld worden.

Tabel 4.14: De behoefte aan fysiotherapie bij onze opnamen en bij ons patiëntenbestand.

behoefte aan fysiotherapie	opnamen n=363 x)	bestand n=255
niet nodig	23,3%	42,0%
gewenst ter handhaving van de status quo	2,5%	11,0%
nodig ter handhaving van de status quo	2,7%	27,0%
nodig ter verbetering van de conditie	71,2%	20,0%

x) Bij één patient werd de behoefte aan fysiotherapie niet geregistreerd, omdat deze, vanwege de korte verblijfsduur, niet te beoordelen was.

In paragraaf 2.11 hebben wij ons afgevraagd hoe de frequenties van de onderscheiden vormen van hulpbehoefte waren. Uit ons onderzoek is niet zonder meer af te leiden hoeveel patiënten wel en hoeveel geen behoefte aan verpleging resp. begeleiding hadden. Ten aanzien van de verpleegbehoefte blijkt uit de tabellen 4.10 en 4.11, dat verpleegbehoefte op basis van A.D.L.-stoornissen bij tenminste 50% van het patiëntenbestand aanwezig is, op basis van voortbewegingsstoornissen bij ongeveer 45% en op grond van bedlegerigheid bij ongeveer 15-20%. Bij de nieuw opgenomen patiënten zijn deze percentages 65, 65 en 30-50. Deze percentages mogen niet opgeteld worden aangezien zij ten dele op dezelfde patiënten betrekking hebben.

Bij het patiëntenbestand en bij de nieuwe opnamen heeft waarschijnlijk tenminste 20-30% een zodanig ernstige begeleidingsbehoefte dat deze op zich al het verblijf in een verpleegtehuis rechtvaardigt. Dit percentage berust op de percentages voor veel begeleidingsbehoefte (tabellen 4.10 en 4.11).

Bij 74% van de nieuw opgenomen patiënten en bij 47% van het bestand is fysiotherapie nodig (tabel 4.14).

4.4 De aandoeningen die de hulpbehoefte veroorzaken.

De frequentie waarmee de onderscheiden aandoeningen als oorzaak van invaliditeit en begeleidingsbehoefte bij het patiëntenbestand en bij de nieuw opgenomen patiënten voorkomen is weergegeven in tabel 4.15. De aandoeningen die het meest aangetroffen worden als oorzaak van invaliditeit bij het patiëntenbestand zijn in volgorde van afnemende frequentie: arthrosis deformans, cerebrovasculair accident, dementie, insufficiëntia cordis en algemene arteriosclerose. Dezelfde opstelling voor de aandoeningen die de begeleidingsbehoefte veroorzaken luidt: insufficiëntia cordis, dementie, urineweginfectie, nierinsufficiëntia, diabetes, overige ziekten en intercurrente ziekten, slechtiendheid en maligne neoplasmata.

Bij de nieuwe opnamen zijn de diagnoses die het meest als oorzaak van invaliditeit aangemerkt werden, in volgorde van afnemende frequentie: cerebrovasculair accident, insufficiëntia cordis, arthrosis deformans, maligne neoplasmata, dementie en algemene arteriosclerose. Als oorzaak van begeleidingsbehoefte komt insufficiëntia cordis het meest voor, gevolgd door dementie, urineweginfecties, maligne neoplasmata, nierinsufficiëntie, diabetes, anemie en cerebrovasculair accident. De aangegeven frequenties behoeven niet overeen te komen met de feitelijke frequentie van de betreffende aandoening, omdat de vraagstelling niet was of de aandoening al dan niet aanwezig was, maar of de aandoening behoorde tot de drie belangrijkste oorzaken van de invaliditeit c.q. de begeleidingsbehoefte.

Opmerkelijk is de hoge frequentie van urineweginfecties, diabetes, maligne neoplasmata en dementie. Ten aanzien van dementie dient men te bedenken dat de genoemde percentages betrekking hebben op de patiënten, bij welke de dementie de verpleeg- of begeleidingsbehoefte veroorzaakte of mede veroorzaakte. In tabel 4.11 werd reeds vermeld, dat 28,3% van de patiënten toezicht nodig had wegens een psychische stoornis. Bij ruim 7% van de patiënten werd de psychische stoornis echter niet als een van de drie belangrijkste aandoeningen beschouwd.

Met betrekking tot de aandoeningen bestaat een vrij grote overeenkomst tussen het patiëntenbestand en de nieuw opgenomen patiënten.

Tabel 4.15: Frequentie van de aandoeningen bij ons patiëntenbestand en bij onze opnamen.

aandoeningen	patiëntenbestand n=255		opnamen n=364	
	oorzaak van verpleegbehoefte c.q. huish.invaliditeit	oorzaak van begeleidingsbehoefte	oorzaak van verpleegbehoefte c.q. huish.invaliditeit	oorzaak van begeleidingsbehoefte
cerebrovasculair accident	18,8%	5,9%	23,4%	9,6%
morbus Parkinson	5,9%	3,1%	7,1%	2,2%
multiple sclerose	4,3%	2,4%	1,4%	0,3%
andere aandoeningen van het zenuwstelsel	7,8%	2,7%	3,6%	0,6%
insufficiëntia cordis	12,2%	30,6%	22,3%	31,1%
algemene arteriosclerose	12,2%	3,9%	12,1%	3,3%
andere aandoeningen van de tr. circulatorius		2,7%	0,5%	3,0%
arthrosis deformans	30,2%	5,5%	20,1%	1,1%
chronisch reuma	3,9%	2,4%	3,6%	0,8%
fractura colli femoris	5,5%	0,4%	6,9%	0,6%
andere fracturen	3,9%		5,8%	
beenamputatie	4,7%		2,7%	0,3%
andere ziekten van het bewegingsapparaat	4,7%	2,0%	5,2%	0,6%
urinewegsinfectie	1,2%	18,8%	1,6%	18,7%
nierinsufficiëntie		15,7%	2,2%	16,8%
andere ziekten van de tr. urogenitalis		0,4%	1,6%	0,6%
longemfyseem en(of) chron. bronchitis	1,6%	3,5%	5,5%	5,8%
pneumonie	0,4%	1,2%	3,3%	3,9%
andere ziekten van de tr. respiratorius	0,8%	2,0%	0,8%	1,1%
ziekten van de tr.digestivus	2,0%	7,8%	4,7%	8,5%
huidaandoeningen		4,3%	1,9%	5,5%
adipositas	6,3%		3,3%	0,3%
diabetes	0,8%	15,7%	0,5%	15,2%
anemie		3,9%	0,8%	11,6%
maligne neoplasmata	7,8%	9,0%	17,3%	17,9%
slechtziendheid	5,5%	10,2%	2,5%	4,7%
slechthorendheid	0,8%	5,9%	0,5%	3,9%
dementie	16,9%	29,0%	14,3%	20,9%
andere psychische stoornissen	0,8%	3,9%	0,8%	1,1%
overige ziekten en intercurrente ziekten	1,2%	15,3%	1,9%	5,0%

Een vereenvoudigde lijst van aandoeningen en groepen van aandoeningen is weergegeven in tabel 4.16. Als oorzaak van invaliditeit komen bij de nieuw opgenomen patiënten ziekten van tractus circulatorius, urogenitalis, respiratorius en digestivus alsmede maligne neoplasmata vaker, en ziekten van het bewegingsapparaat, visusstoornissen, gehoorstoornissen en psychische stoornissen minder vaak voor dan bij het patiëntenbestand.

4.5 De reden van verder verblijf c.q. de reden van opname.

In paragraaf 2.6 hebben wij gezegd dat er drie indicaties voor opname of verder verblijf in een verpleegtehuis zijn, namelijk verpleegbehoefte, begeleidingsbehoefte en tijdelijke huishoudelijke invaliditeit. In paragraaf 2.11 hebben wij ons afgevraagd of er nog andere vormen van hulpbehoefte zijn die opname of verblijf in een verpleegtehuis rechtvaardigen.

Tabel 4.17 geeft een overzicht van de reden van verder verblijf c.q. de reden van opname. Er zijn in dit opzicht geen grote verschillen tussen het patiëntenbestand, de opnamen en degenen die een half jaar na de opname nog verpleegd werden. Bij laatstgenoemde groep heeft 7,3% geen indicatie meer (zie paragraaf 8.6).

Circa 1/3 van de patiënten wordt opgenomen c.q. verblijft in ons verpleegtehuis uitsluitend wegens verpleegbehoefte, ongeveer de helft wegens verpleeg- en begeleidingsbehoefte. Bij een gering percentage van de patiënten is tijdelijke huishoudelijke invaliditeit al dan niet met begeleidingsbehoefte de reden van opname c.q. verder verblijf.

Uitsluitend begeleidingsbehoefte komt bij de nieuwe opnamen zelden voor; bij patiënten die al langere tijd in het verpleegtehuis verblijven is dit frequenter. Uit tabel 4.17 blijkt verder dat 82,0% van het patiëntenbestand verpleegbehoefstig is, 65,2% begeleidingsbehoefstig en 4,3% geen verpleging of begeleiding nodig hebben, doch uitsluitend fysiotherapie wegens tijdelijke huishoudelijke invaliditeit. De overeenkomstige percentages voor de nieuwe opnamen zijn 86,3, 56,3 en 7,7.

Patiënten die niet onder een van in tabel 4.17 genoemde indicaties te rangschikken waren, hadden geen reden (meer) voor opname c.q. verder verblijf in een verpleegtehuis.

4.6 De prognose en de situatie na een half jaar.

De prognose en de situatie na een half jaar zijn weergegeven in tabel 4.18. Bij het patiëntenbestand worden minder mutaties verwacht dan bij de opnamen. Van het patiëntenbestand wordt 78% als "langdurig ziek" beschouwd, 12,5% als reactiveerbaar en 9,4% als lijdende aan een terminale ziekte. Bij de nieuw opgenomen patiënten zijn de overeenkomstige percentages 33,5, 42,3, en 24,2. In het rapport Bezoek in Verpleegtehuizen werd 12,0% van het patiëntenbestand reactiveerbaar geacht. Bij de cijfers betreffende het werkelijke ziekteverloop zien we overeenkomstige verschillen tussen bestand en opnamen als bij de cijfers betreffende de prognose.

4.7 De verblijfsduur van de patiënten die binnen een half jaar ontslagen werden of overleden.

De verblijfsduur van de binnen een half jaar ontslagen of overleden

Tabel 4.16: Frequentie van de (groepen van) aandoeningen bij ons patiëntenbestand en bij onze opnamen.

	oorzaak van invaliditeit		oorzaak van begeleidingsbehoefte	
	bestand n=255	opnamen n=364	bestand n=255	opnamen n=364
aandoeningen van -het zenuwstelsel	37%	36%	14%	13%
-de tr.circulatorius	24%	35%	37%	37%
-het bewegingsapparaat	53%	44%	10%	3%
-de tr. urogenitalis	1%	5%	35%	36%
-de tr. respiratorius	3%	9%	7%	11%
-de tr. digestivus	2%	5%	8%	8%
- visus en gehoor	6%	3%	16%	9%
diabetes	1%	1%	16%	15%
maligne neoplasmata	8%	17%	9%	18%
psychische stoornissen	18%	15%	33%	22%
overige aandoeningen	8%	8%	24%	21%

Tabel 4.17: De reden van opname c.q. de reden van verder verblijf van onze opnamen, van ons patiëntenbestand en van de patiënten die een half jaar na de opname nog in ons verpleegtehuis verbleven.

	verpleegbe- hoefte	verpleeg- en begeleidings- behoefte	tijdelijke huishoudelij- ke invalidi- teit	tijdelijke huishoudelijke invaliditeit en begeleidings- behoefte	begelei- dingsbe- hoefte	geen indicatie
reden van opname bij onze opnamen n=364	35,2%	51,1%	7,7%	2,5%	2,7%	0,8%
reden van verder ver- blijf bij ons patiën- tenbestand n=255	29,8%	52,2%	4,3%	1,6%	11,4%	0,8%
reden van verder ver- blijf bij degenen die na een half jaar nog opgenomen waren n=96	29,2%	41,6%	4,2%	1,0%	16,7%	7,3%

Tabel 4.18: De prognose en de situatie na een half jaar van ons patiëntenbestand en van onze opnamen.

prognose			situatie na een half jaar		
	patien- tenbe- stand n=255	opnamen n=364	patiënten- bestand n=255	opnamen n=364	
zal binnen een half jaar naar huis terugkeren	8,6%	37,4%	8,6%	32,7%	naar huis
zal binnen een half jaar naar een verzorgingstehuis gaan	3,9%	4,9%	0,4%	1,7%	naar een verzor- gingstehuis
zal na een half jaar nog opgenomen zijn	78,1%	33,5%	69,8%	26,9%	nog opgenomen
zal binnen een half jaar overlijden	9,4%	24,2%	21,2;	38,7%	overleden

Tabel 4.19: De verblijfsduur van de patiënten die binnen een half jaar ontslagen werden of overleden.

	ontslagen patiënten n=125	overleden patiënten n=141
1 week of korter	2,4%	14,9%
1 - 2 weken	12,0%	10,6%
2 - 4 weken	29,6%	14,2%
4 - 8 weken	18,4%	19,8%
8 - 12 weken	12,8%	12,8%
12 - 16 weken	9,6%	12,1%
16 weken of langer	15,2%	15,6%

patiënten is weergegeven in tabel 4.19. Opvallend is dat 1 week na opname reeds 21 patiënten overleden zijn. De gemiddelde verblijfsduur van de ontslagen patiënten is 55 dagen, van de overleden patiënten 46 dagen. De verblijfsduur van de vrouwen is langer dan die van de mannen, namelijk voor de ontslagen patiënten 63 resp. 40 dagen en voor de overleden patiënten 47 resp. 44 dagen.

Ook in ziekenhuizen is de verpleegduur vanaf de leeftijd van 51 jaar voor vrouwen langer dan voor mannen. Dit verschil neemt toe met de leeftijd (HOOGENDOORN, 1971). In deze publicatie valt het op dat het aantal mannen dat opgenomen werd in de leeftijdscategorieën vanaf 55 jaar slechts weinig geringer is dan het aantal vrouwen. In de bevolking is er vanaf deze leeftijd een vrouwenoverschot. Er worden dus in verhouding tot de bevolking meer mannen dan vrouwen in ziekenhuizen opgenomen. In verpleegthuizen zien wij het omgekeerde, namelijk dat er in verhouding tot de bevolking meer vrouwen dan mannen opgenomen worden.

4.8 Samenvatting

Ons patiëntenbestand - 255 patiënten - bestond voor iets meer dan een vierde uit mannen en voor bijna drievierde uit vrouwen. Het zijn overwegend bejaarde patiënten: slechts ongeveer een vijfde deel van de patiënten is jonger dan 65 jaar, terwijl twee vijfde deel 80 jaar of ouder is.

De meeste patiënten van het bestand (bijna 60%) verblijft reeds langer dan 1 jaar in het verpleegtehuis. Bij deze patiënten zijn de jongere leeftijdscategorieën sterker vertegenwoordigd dan bij de patiënten met een kortere verblijfsduur.

De overgrote meerderheid van het patiëntenbestand (ruim 80%) is in de weduwstaat of ongehuwd. Ruim 40% heeft geen kinderen.

Hulpbehoefte bij de A.D.L.-functies is zeer frequent. Bijna de helft van het patiëntenbestand kan zich niet voortbewegen. Een op elke vijf patiënten is geheel of gedeeltelijk bedlegerig. Tenminste een vijfde deel van het patiëntenbestand heeft een intensieve medische begeleiding nodig. Ongeveer de helft moet fysiotherapeutisch behandeld worden.

Aandoeningen die het meest frequent de hulpbehoefte veroorzaken zijn: cerebrovasculair accident, arthrosis deformans, insufficiëntia cordis, urineweginfecties, nierinsufficiëntie, diabetes, dementie en stoornissen van de visus en het gehoor.

Een half jaar na de peildatum werd ongeveer 70% van het patiëntenbestand nog verpleegd, ongeveer 10% was ontslagen en ongeveer 20% overleden.

Van de nieuw opgenomen patiënten - 364 in aantal - was twee vijfde van het mannelijk en drie vijfde van het vrouwelijk geslacht. Een van elke zeven nieuw opgenomen patiënten is jonger dan 65 jaar en 1 op elke drie ouder dan 80 jaar.

Bijna 60% is in de weduwstaat of ongehuwd en bijna 30% heeft geen kinderen. Bijna 40% is alleenwonend.

Bijna 40% wordt vanuit een ziekenhuis opgenomen, de overige patiënten komen overwegend van huis.

A.D.L.-stoornissen komen zeer vaak voor. Iets meer dan de helft van de nieuw opgenomen patiënten is geheel of gedeeltelijk bedlegerig; bijna twee derde deel kan zich niet zelfstandig voortbewegen. Tenminste een vijfde deel van de nieuw opgenomen patiënten heeft een intensieve begeleiding nodig. Bijna drie vierde deel heeft fysiotherapeutische behandeling nodig.

De meest voorkomende aandoeningen zijn cerebrovasculair accident, insufficiëntia cordis, urineweginfecties, nierinsufficiëntie, diabetes, maligne neoplasmata en dementie.

Een half jaar na de opname was bijna twee vijfde van de patiënten overleden, ruim een vierde nog opgenomen en ruim een derde ontslagen.

In paragraaf 2.11 hebben wij ons afgevraagd of er verschillen van betekenis waren tussen het patiëntenbestand en de nieuw opgenomen patiënten.

De belangrijkste verschillen zijn:

- de verhouding mannen : vrouwen is bij het bestand circa 1 : 3 en bij de opnamen circa 1 : 2,
- bij het patiëntenbestand zijn de jongere leeftijdscategorieën relatief meer bezet dan bij de nieuwe opnamen. De gemiddelde leeftijd van het bestand is echter vrijwel gelijk aan die van de opnamen.
- wat de burgerlijke staat betreft zijn er in het patiëntenbestand meer ongehuwden en minder gehuwden dan bij de opnamen. In overeenstemming hiermee is, dat kinderloosheid bij het bestand frequenter is dan bij de opnamen.
- vrijwel alle stoornissen van de verpleegbehoefte zijn bij de opnamen vaker aanwezig dan bij het bestand. Bij de begeleidingsbehoefte als geheel is het verschil minder duidelijk. Doktersbezoek, laboratoriumonderzoek en pararteriaal vocht zijn bij de opnamen vaker nodig, terwijl behoefte aan toezicht wegens een psychische stoornis bij het bestand meer voorkomt.
- de behoefte aan fysiotherapie is bij de nieuw opgenomen patiënten groter dan bij het bestand.
- wat de aandoeningen die de hulpbehoefte veroorzaken betreft, komen bij het bestand vooral psychische stoornissen, visus- en gehoorstoornissen en arthrosis deformans vaker voor dan bij de opnamen. Maligne neoplasmata zijn bij de nieuw opgenomen patiënten frequenter dan bij het bestand.
- uitsluitend begeleidingsbehoefte komt als reden van verder verblijf vaker voor dan als reden van opname. Overigens zijn er in dit opzicht geen verschillen van betekenis tussen bestand en opnamen.
- met betrekking tot zowel het verwachte ziekteverloop (prognose) als het werkelijke ziekteverloop (situatie na een half jaar) zijn ontslag en overlijden bij de opnamen frequenter dan bij het bestand.

Uit het bovenstaande kan de conclusie getrokken worden, dat in verpleegtehuizen met een grote doorstroming een grotere personeelsbezetting in de verpleging en in de medische en paramedische diensten nodig is dan in verpleegtehuizen met een geringe doorstroming. Bij een grote doorstroming zijn er in het patiëntenbestand meer recent opgenomen patiënten. Deze zijn vaak bedlegerig en hebben een grotere behoefte aan hulp bij de A.D.L.-functies en bij de voortbeweging, aan fysiotherapie, aan doktersvisite, laboratoriumonderzoek en aan parenteraal vocht; behoefte aan toezicht wegens een psychische stoornis is echter bij nieuwe patiënten minder vaak aanwezig dan bij het patiëntenbestand.

5. DE A.D.L.-NIVEAUX

In paragraaf 2.3.1 spraken wij over verschillende opvattingen ten aanzien van de activiteiten van het dagelijks leven. Wij hebben in dit onderzoek getracht tot de A.D.L.-functies niet meer functies te rekenen dan strikt nodig is. Men kan zich afvragen of er nog andere A.D.L.-functies zijn die niet opgesloten zijn in de door ons onderscheiden A.D.L.-functies. Wij stelden het begrip verpleegbehoefte gelijk aan hulpbehoefte bij de A.D.L.-functies, bij de voortbeweging en (of) hulpbehoefte wegens bedlegerigheid. In ons onderzoek hebben wij geen patiënten aangetroffen die geen hulp nodig hadden wegens bedlegerigheid, bij de voortbeweging en (of) bij de A.D.L.-functies en bij wie wij toch verpleegbehoefte aanwezig achtten. Aan de hand van het al dan niet aanwezig zijn van stoornissen bij de door ons onderscheiden A.D.L.-functies, voortbewegingsstoornissen en (of) bedlegerigheid, kan verpleegbehoefte worden vastgesteld c.q. uitgesloten.

Hebben wij de A.D.L.-functies in volgorde van afnemende moeilijkheid geplaatst? Bij het onderzoek van LEERING ('968) was met betrekking tot deze vraag onzekerheid ten aanzien van het toiletgebruik en het zich wassen (zie paragraaf 2.3.1). Zoals blijkt uit tabel 4.12 hebben wij de A.D.L.-stoornissen in volgorde van afnemende frequentie geplaatst. Omdat het niet aannemelijk is, dat de minder gecompliceerde A.D.L.-functies vaker gestoord zijn dan de meer gecompliceerde, achten wij de door ons gebruikte volgorde inderdaad een volgorde van afnemende moeilijkheid. Het toiletgebruik is aanmerkelijk vaker gestoord dan het zich wassen en is dus meer gecompliceerd.

Het is niet steeds zo dat iemand die in een van de A.D.L.-functies gestoord is, ook hulpbehoevend is bij alle voorgaande - meer gecompliceerde - A.D.L.-functies (tabel 5.1). Dit was ook niet te verwachten (zie paragraaf 2.3.1). Uit tabel 5.1 blijkt dat bij 10,4% van de nieuwe opnamen, bij 20,8% van het patientenbestand, bij 6,4% van de ontslagen patienten en bij 14,4% van de patienten die na een half jaar nog opgenomen waren, een geïsoleerde stoornis voorkomt. In de meerderheid van de gevallen heeft dit te maken met incontinentie: óf de incontinentie is de geïsoleerde stoornis óf alle A.D.L.-functies zijn gestoord behalve de continëntie.

Patienten met de A.D.L.-niveaux "geen hulpbehoefte" en "hulpbehoefte bij alle A.D.L.-functies" komen het meeste voor.

Naar onze mening berust groep 17 van tabel 5.1 ten dele op foutieve antwoorden, enerzijds omdat deze groep in ons onderzoek niet voorkomt, anderzijds omdat veel combinaties van A.D.L.-stoornissen in deze restgroep onwaarschijnlijk zijn. De meest frequente combinaties in de restgroep zijn: hulpbehoefte bij zich kleden + zich wassen + eten (45 patienten), bij zich kleden + zich wassen + incontinentie (105 patienten) en gestoord in alle A.D.L.-functies behalve toiletgebruik (36 patienten). Het valt bij deze combinaties op dat steeds het toiletgebruik ongestoord is. Waarschijnlijk is hier sprake van een onjuiste brooddeling van het toiletgebruik. Mogelijk zijn een aantal patienten die nooit van een toilet gebruik maken, als niet-hulpbehoevend bij toiletgebruik geregistreerd. Indien wij aannemen dat er in bovengenoemde "onwaarschijnlijke" combinaties van stoornissen wel hulpbehoefte bij het toiletgebruik was, dan komen

Tabel 5.1: De structuur van de A.D.L.-stoornissen bij onze opnamen, ons patiëntenbestand, de landelijke enquête van 1964 (LEERING, 1968) en de patiënten die na een half jaar ontslagen c.q. nog opgenomen waren.

A.D.L.-groep	geen hulpbehoefte	hulpbehoevend bij	opnamen n=364		patiëntenbestand n=255		landelijke enquête van 1964 n=3461		binnen een half jaar ontslagen patiënten n=125		na een half jaar nog opgenomen patiënten n=96	
			abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
1	x		55	15,1	48	18,8	770	22,2	93	74,4	25	26
2		x	29	8,0	30	11,8	135	3,9	11	8,8	13	13,5
3			1	0,3	2	0,9	34	1,0	1	0,8	-	-
4		x	2	0,5	-	-	145	4,2	2	1,6	-	-
5			1	0,3	6	2,4	40	1,2	3	2,4	1	1,0
6			-	-	1	0,4	1	0,02	-	-	-	-
7	x	x	61	16,8	23	9,0	109	3,1	5	4,0	11	11,5
8		x	3	0,8	5	2,0	404	11,7	1	0,8	1	1,0
9	x	x	7	1,9	13	5,0	15	0,4	-	-	1	1,0
10	x		-	-	-	-	2	0,06	-	-	-	-
11	x	x x	58	15,9	31	12,1	536	15,5	3	2,4	9	9,4
12	x	x	10	2,7	13	5,0	23	0,7	1	0,8	6	6,3
13	x	x	1	0,3	2	0,8	1	0,02	-	-	1	1,0
14	x	x x x	41	11,3	29	11,4	315	9,1	1	0,8	11	11,5
15	x	x x	13	3,6	11	4,3	225	6,5	-	-	3	3,1
16	x	x x x	82	22,5	41	16,1	459	13,3	4	3,2	14	14,7
17	restgroep		-	-	-	-	247	7,1	-	-	-	-

45 patiënten bij groep 15, 105 patiënten bij groep 14 en 36 patiënten bij groep 16. In de restgroep blijven dan nog slechts 61 patiënten over.

Met een zo groot aantal groepen als in tabel 5.1 is moeilijk te werken. Passen wij het door LEERING (1968) gebruikte systeem toe en brengen wij in het landelijk onderzoek de in de vorige alinea beschreven correcties aan, dan zijn alle patiënten van ons onderzoek en vrijwel alle patiënten van de landelijke enquête in zes A.D.L.-niveaux onder te brengen (tabel 5.2). Onze vraag (paragraaf 2.11) of de hulpbehoefte bij de A.D.L. in een beperkt aantal A.D.L.-niveaux is onder te brengen kan dus bevestigend beantwoord worden.

In het voorafgaande hebben wij gezegd dat het voorkomen van een geïsoleerde stoornis in de meerderheid van de gevallen te maken heeft met de continëntie. Van de 364 nieuw opgenomen patiënten was bij 18 (4,9%) de continëntie gestoord zonder dat alle meer gecompliceerde functies gestoord waren, en bij 13 (3,6%) was de continëntie niet gestoord maar de minder gecompliceerde functie "eten" wel. Bij slechts 7 (1,9%) van de 364 nieuw opgenomen patiënten hield de geïsoleerde stoornis geen verband met de continëntie. Van de 255 patiënten van het bestand was bij 32 (12,5%) de incontinentie de geïsoleerde stoornis en bij 11 (4,3%) was de continëntie ongestoord, terwijl het "eten" wel gestoord was. Bij slechts 10 (3,9%) van de 255 patiënten had de geïsoleerde stoornis niet te maken met de continëntie. Omdat de geïsoleerde stoornis zo vaak de continëntie betreft, rijst de vraag of het niet beter is de continëntie niet tot de A.D.L. te rekenen. Wanneer wij de continëntie weglaten is 98% van de nieuw opgenomen patiënten en 96% van het patiëntenbestand in 5 A.D.L.-niveaux onder te brengen zonder dat een stoornis onbenoemd moet blijven.

Tabel 5.2: Onze opnamen, ons patiëntenbestand, de patiënten uit de landelijke enquête van 1964 en de patiënten die na een half jaar ontslagen c.q. nog opgenomen waren ingedeeld in A.D.L.-niveaux (de gegevens van de landelijke enquête zijn gecorrigeerd).

A.D.L.-niveau	opnamen n=364		patiëntenbe- stand n=255		landelijke enquête van 1964 n=3461		binnen een half jaar ont- slagen patiën- ten n=125		na een half jaar nog op- genomen pa- tiënten n=96	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
0 geen stoornis	55									
	55	15,1	48	18,8	770	22,2	93	74,4	25	26,0
1 een stoornis	33	9,1	39	15,3	355	10,3	17	13,6	14	14,6
2 kleden + een stoornis	71	19,5	41	16,1	530	15,3	6	4,8	13	13,5
3 kleden+toiletgebruik+een stoornis	69	19,0	46	18,0	560	16,2	4	3,2	16	16,7
4 kleden+toiletgebruik+wassen+ een stoornis	54	14,8	40	15,7	690	19,9	1	0,8	14	14,6
5 gestoord in alle A.D.L.- functies	82	22,5	41	16,1	495	14,3	4	3,2	14	14,6
restgroep	-		-		61	1,8	-	-	-	

6. WAARDERINGSSYSTEMEN VOOR DE HULPBEHOEFTE

Teneinde eventuele verbanden tussen de verschillende vormen van hulpbehoefte (verpleegbehoefte, begeleidingsbehoefte en behoefte aan fysiotherapie) en een aantal andere gegevens van de patiënten gemakkelijker te kunnen opsporen, stelden wij voor de eerstgenoemde gegevens een puntenwaarderingsstelsel op. Uitgangspunt hierbij was, dat een volledige verpleegbehoefte en een volledige begeleidingsbehoefte gelijk aan elkaar gewaardeerd zouden worden. De behoefte aan fysiotherapie wilden wij aanzienlijk lager waarderen, aangezien deze hulpbehoefte in tegenstelling tot het totaal van verpleeg- c.q. begeleidingsbehoefte aanzienlijk minder intensief is. Bij de A.D.L.-stoornissen hebben wij aan de incontinentie meer punten toegekend dan aan de andere stoornissen, omdat incontinentie sommige andere facetten van de verpleegbehoefte (kleden en wassen) verzwaart. Voortbewegingsstoornissen en bedlegerigheid zijn ten opzichte van de A.D.L.-stoornissen laag gewaardeerd, omdat deze een veel geringere invaliditeit inhouden, dan het geheel van de A.D.L.-stoornissen.

Van de factoren, die de begeleidingsbehoefte bepalen, is voor "toezicht wegens een psychische stoornis" een aanmerkelijk hogere score mogelijk dan voor de andere factoren, omdat het een meer intensieve begeleiding betreft. Vanwege het meer intensieve karakter van de hulpverlening zijn ook "parenterale vochttoediening" en "overige begeleidingsbehoefte" hoger gewaardeerd dan de andere vormen van begeleidingsbehoefte.

Omdat dit puntenwaarderingsstelsel uitsluitend berust op schattingen van de mate van hulpbehoefte, hebben wij nog van een tweede waarderingsstelsel gebruik gemaakt. Dit stelsel berust op een zo nauwkeurig mogelijke bepaling van de tijd, die per dag voor de hulpverlening bij de onderscheiden vormen van hulpbehoefte nodig is. Om persoonlijke interpretatie bij deze tijdsbepaling zo veel mogelijk te elimineren, werd deze uitgevoerd door vier verpleegte-huisartsen onafhankelijk van elkaar. Behalve schrijver dezes werkten aan het tot stand komen van het waarderingsstelsel mee de artsen L.A.J. Kroot (Rotterdam), J.J.M. Michels (Nijmegen) en K.J. Nanninga (Dordrecht). Het aantal "minuten", dat uiteindelijk aan de verschillende vormen van hulpbehoefte toegekend werd, is het rekenkundig gemiddelde van de scores van de vier deelnemers. De punten c.q. minuten, die aan de onderscheiden vormen van hulpbehoefte toegekend werden, zijn weergegeven in onderstaand overzicht. De omschrijvingen, die in beide systemen met 0 gewaardeerd werden, zijn niet vermeld.

Nadat wij de hierboven beschreven waarderingsstelsels ingevoerd hadden, namen wij kennis van een publicatie van HULTEN c.s. (1969), waarin soortgelijke waarderingsstelsels beschreven worden. Evenals bij ons puntensysteem werden door HULTEN c.s. een aantal vormen van hulpverlening met punten gewaardeerd. Op grond van de benodigde hulp kregen de patiënten een puntentotaal (nursing load score). Daarnaast werd bij de betrokken patiënten gedurende 3 x 24 uur de tijd geregistreerd die nodig was voor hun verpleging (nursing time). Omdat er een zeer significante relatie was tussen de nursing load score en de nursing time ($p < 0.001$), achtten de schrijvers de nursing load score een bruikbare maat voor de verpleegbehoefte van de patiënt.

		waardering in	
		punten	minuten
zich kleden	gedeeltelijk hulpbehoevend	1	14
	geheel hulpbehoevend	2	31
toilet gebruiken	gedeeltelijk hulpbehoevend	1	14
	geheel hulpbehoevend	2	20
zich wassen	gedeeltelijk hulpbehoevend	1	3
	geheel hulpbehoevend	2	9
continentie	gedeeltelijk incontinent	2	11
	geheel incontinent	4	35
eten	gedeeltelijk hulpbehoevend	1	10
	geheel hulpbehoevend	2	34
voortbeweging	zelfstandig met rolstoel	2	3
	loopt gebrekkig	2	8
	kan zich niet voortbewegen	5	26
bedlegerigheid	1-4 uur uit bed	3	10
	1 uur of korter uit bed	5	15
maximale score verpleegbehoefte		22	170
bezoek van arts	minder dan 1x per week	0	1
	1x per week	1	2
	vaker dan 1x per week	2	5
gebruik van medicamenten	4 of minder medic. per dag	0	2
	4-8 medic. per dag	1	3
	8 of meer medic. per dag	2	6
laboratoriumonderzoek	minder dan 1x per maand	0	1
	1x per maand	1	2
	vaker dan 1x per maand	2	3
dieetvoorschrift	geen of enkelvoudig	0	3
	tweevoudig	1	7
	drie- of meervoudig	2	9
parenterale vochttoediening	af en toe nodig	2	2
	geregeld nodig	4	6
toezicht wegens een psychische stoornis	toezicht nodig	3	18
	veel toezicht nodig	6	58
overige begeleidingsbehoefte	matig	2	19
	veel	4	40
maximale score begeleidingsbehoefte		22	127
behoefte aan fysiotherapie:			
	gewenst ter handhaving van de status quo	1	3
	nodig ter handhaving van de status quo	3	6
	nodig ter verbetering v.d. conditie	6	11
maximale score alle vormen van hulpbehoefte		50	308

Sommige aandoeningen bleken vaak samen te gaan met dezelfde mate van nursing load, bijvoorbeeld bij reumatoïde arthritis was de gemiddelde nursing load $5,3 \pm 1,5$ (S.D.) en bij cerebrovasculair accident $14,3 \pm 2,4$ (S.D.).

Het aantal punten dat bij de nursing load score aan de verschillende vormen van hulpverlening werd toegekend vertoont grote overeenkomst met ons puntenwaarderingsstelsel. Bij zich kleden, toiletgebruik en eten werden voor weinig, veel en volledige hulpbehoefte resp. 1, 3 en 4 punten toegekend, bij zich wassen 1, 3 en 5. Incontinentie werd met 3 tot 10 punten gewaardeerd. Hulpbehoefte bij de voortbeweging kreeg 1 tot 3 en volledige bedlegerigheid 5 punten. Van de hulpverlening die wij in ons onderzoek begeleiding genoemd hebben werd door HULTEN c.s. alleen aan het al dan niet storend zijn voor de omgeving punten toegekend, en wel 3 tot 5.

7. DE RELATIE VAN PERSOONLIJKE EN MAATSCHAPPELIJKE GEGEVENS MET DE VERPLEEGTEHUIS-OPNAME

7.1 De relatie van de hulpbehoefte bij opname met een aantal andere gegevens

Bij het beantwoorden van de vraag of andere dan medische factoren van invloed zijn bij de opname in ons verpleegtehuis is het van belang na te gaan of er relaties bestaan tussen de mate van hulpbehoefte enerzijds en de persoonlijke en maatschappelijke gegevens anderzijds.

De hulpbehoefte hebben wij gewaardeerd in punten en in minuten (zie Hoofdstuk 6). Uit tabel 7.1 blijkt dat de waardering in minuten vaker verschillen van betekenis laat zien dan de waardering in punten. In de gevallen waarin er zowel bij de punten als bij de minuten verschillen van betekenis zijn, komen deze verschillen bij de waardering in minuten duidelijker tot uiting. Om deze redenen hebben wij in een aantal tabellen uitsluitend gebruik gemaakt van de waardering in minuten.

De gemiddelde score voor de hulpbehoefte is zowel in punten als in minuten voor mannen en vrouwen vrijwel gelijk (zie tabel 7.7). Ongeschoolden hebben in minuten een wat lagere score dan geschoolden; in punten is er geen verschil tussen ongeschoolden en geschoolden (tabel 7.1).

Wat het gezinsverband betreft, maakt het met betrekking tot de score in minuten geen verschil met wie de patiënt samenwoont: met zijn (haar) echtgeno(o)t(te), met kinderen of met anderen. Alleenwonende patiënten hebben bij opname echter een aanmerkelijk geringere hulpbehoefte (tabel 7.2 en 7.3). Gehuwden hebben een wat grotere hulpbehoefte dan niet en niet meer gehuwden (tabel 7.2). De hulpbehoefte neemt enigszins toe met het aantal kinderen (tabel 7.1).

Het gezinsverband, de burgerlijke staat en het aantal kinderen zijn met elkaar samenhangende gegevens. De verschillen in hulpbehoefte tussen enerzijds niet of niet meer gehuwden resp. patiënten met geen, 1, 2 of 3 kinderen, anderzijds gehuwden resp. patiënten met meer dan 3 kinderen, worden waarschijnlijk veroorzaakt door het feit dat niet (meer) gehuwden resp. patiënten met geen, 1, 2 of 3 kinderen vaker alleenwonend zijn dan gehuwden resp. patiënten met meer dan 3 kinderen. Het omgekeerde - namelijk dat alleenwonenden bij opname minder hulpbehoevend zijn dan niet-alleenwonenden omdat zij vaker niet (meer) gehuwd zijn en vaker geen of weinig kinderen hebben - is niet aanmerkelijk. Daarbij komt dat het verschil in hulpbehoefte tussen alleenwonenden en niet-alleenwonenden groter is dan de verschillen in hulpbehoefte tussen de onderscheiden burgerlijke staat- en kindertalcategorieën.

De hulpbehoefte van patiënten die vanuit een ziekenhuis opgenomen worden resp. patiënten die specialistisch behandeld zijn, is in minuten iets groter dan en in punten gelijk aan de hulpbehoefte van degenen die van huis uit opgenomen worden resp. niet specialistisch behandeld zijn.

Patiënten die van een benedenwoning komen hebben voor de totale hulpbehoefte een score van 122,2 minuten en 42,3 punten. Voor degenen die van een bovenwoning komen zijn de corresponderende getallen 112,1 en 40,5.

De hulpbehoefte gemeten in minuten neemt toe met de leeftijd, met dien verstande dat tussen 60 en 75 jaar de hulpbehoefte vrijwel constant blijft (tabel 7.3). Dit kan niet verklaard worden uit een

Tabel 7.1: De gemiddelde score in punten en in minuten in relatie met een aantal persoonlijke en maatschappelijke gegevens.

	totale hulpbe- hoefte	begelei- dingbe- hoefte	verpleeg- behoefte	gemiddelde score in punten				gemiddelde score in minuten			
	41,1	14,3	22,5	geschoolden	n=194						
	41,6	14,5	22,6	ongeschoolden	n=167						
	38,7	13,5	20,7	geen kinderen	n=107						
	42,1	14,8	22,9	1,2 of 3 kinderen	n=159						
	43,5	14,9	24,2	4 of meer kinderen	n=98						
	41,7	14,5	23,0	van thuis komend	n=214						
	41,1	14,3	22,0	uit een ziekenhuis komend	n=135						
	41,5	14,7	22,4	specialistisch behandeld	n=189						
	41,4	14,1	22,8	niet specialistisch behan- deld	n=175						
	119,7	40,6	72,7	geschoolden	n=194						
	113,9	34,8	70,7	ongeschoolden	n=167						
	112,8	36,7	67,8	geen kinderen	n=107						
	117,1	36,4	72,1	1,2 of 3 kinderen	n=159						
	122,3	41,7	76,5	4 of meer kinderen	n=98						
	113,9	36,5	70,2	van thuis komend	n=214						
	121,9	39,9	74,6	uit een ziekenhuis komend	n=135						
	119,0	40,0	72,1	specialistisch behandeld	n=189						
	115,3	35,6	72,0	niet specialistisch behan- deld	n=175						

Tabel 7.2: De gemiddelde score in minuten in relatie met het geslacht en de burgerlijke staat c.q. het gezinsverband.

	gemiddelde score in minuten		
	mannen	vrouwen	m + v
gehuwd	121,8 n=89	118,3 n=64	120,3 n=153
weduwstaat + gescheiden	106,5 n=43	117,6 n=131	114,9 n=174
ongehuwd	108,9 n=9	117,5 n=27	115,4 n=36
samenwonend met echtgeno(o)t(e)	127,3 n=74	124,8 n=56	126,2 n=130
samenwonend met kind(eren)	145,7 n=9	127,8 n=37	131,3 n=46
samenwonend met anderen	104,5 n=19	142,6 n=24	125,8 n=43
alleenwonend	94,5 n=39	104,9 n=105	102,1 n=144

Tabel 7.3: De gemiddelde score in minuten in relatie met het gezinsverband, het geslacht en de leeftijd.

leeftijdscategorieën	samenwonend met echtgeno(o)t(e)		samenwonend met kind(eren)		samenwonend met anderen		alleenwonend		alle patiënten
	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw	
0-49	52 n=1	111,7 n=4		36,5 n=2			45 n=2	65 n=3	71,6 n=12
50-59	147,2 n=5	104,8 n=7			61 n=2	120 n=2		82,7 n=4	108,1 n=20
60-64	126,3 n=6	97 n=5		114,7 n=3	50 n=1	186,1 n=3	28 n=1	85,5 n=2	114,1 n=21
65-69	130,1 n=15	117,3 n=9			82,5 n=2	129,5 n=4	89 n=4	91,7 n=9	113,3 n=43
70-74	122,8 n=15	146,1 n=11		119,7 n=6	114,2 n=4	95,5 n=2	94 n=8	88,5 n=16	112,7 n=62
75-79	126,9 n=16	131,7 n=12		132,5 n=9	85,8 n=5	177 n=5	97,5 n=6	105 n=29	118,9 n=82
80-84	138,8 n=13	130,5 n=4	162,5 n=2	126,4 n=7	127 n=2	117,7 n=4	110,3 n=10	112,5 n=29	121,5 n=71
85-89	116,7 n=4	139,2 n=4	106 n=2	153 n=6	165,5 n=2	139,5 n=4	107 n=7	134,9 n=12	132,0 n=41
90 en ouder	201 n=1		146,7 n=3	149,5 n=4	178 n=1		15 n=1	145 n=1	143,4 n=11

verschil in gezinsverband: jongere patiënten zijn niet vaker alleenwonend dan ouderen. Integendeel. In de leeftijdscategorieën van 80-84 en 85-89 jaar, waarin de hulpbehoefte groot is, is een relatief hoog percentage alleenwonenden. Het is aannemelijk dat de hulpbehoefte bij opname met het hoger worden van de leeftijd toeneemt omdat, wanneer iemand op enige leeftijd een bepaalde ziekte krijgt, de daaruit voortvloeiende hulpbehoefte op oudere leeftijd als regel groter is dan op jongere leeftijd.

De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat van de onderzochte persoonlijke en maatschappelijke gegevens er maar weinig zijn die bij de opname een rol van betekenis vervullen. Van het geslacht, het sociaal-economisch milieu, de verblijfplaats vóór de opname, het al dan niet specialistisch behandeld zijn en de woonsituatie kon geen belangrijke invloed aangetoond worden.

Het gezinsverband, de burgerlijke staat en het kindertal zijn wel van invloed. Het is echter aannemelijk, dat bij deze drie met elkaar samenhangende gegevens het alleenwonend-zijn de doorslag geeft. Mensen die alleen wonen - en dus vaker niet (meer) gehuwd zijn en een lager gemiddeld kindertal hebben dan niet-alleenwonenden worden met een geringere hulpbehoefte opgenomen dan niet-alleenwonenden. Ook de leeftijd lijkt enige invloed te hebben.

Om de invloed van leeftijd en gezinsverband nog eens op een andere wijze te bestuderen werden de leeftijdscategorieën tot 3 (0-64 jaar, 75-79 jaar en 80 jaar en ouder) en de gezinsverband-categorieën tot 2 (alleenwonend en niet-alleenwonend) teruggebracht, terwijl - op basis van de score in minuten - 4 score-categorieën gevormd werden, namelijk:

- van 0-61 minuten (71 patiënten)
- van 62-109 minuten (102 patiënten)
- van 110-169 minuten (115 patiënten)
- van 170 en meer minuten (76 patiënten)

Deze vierdeling werd zo gekozen, omdat op de grenzen de hiaten in de frequentieverdeling het grootst waren.

Uit tabel 7.4 blijkt dat de jongere patiënten oververtegenwoordigd zijn in de lagere scorecategorieën, terwijl relatief veel oude patiënten in de hogere scorecategorieën aangetroffen worden. Binnen de drie leeftijdscategorieën zijn alleenwonenden in de lagere en niet-alleenwonenden in de hogere scorecategorieën oververtegenwoordigd (tabel 7.4).

Het feit dat alleenwonenden reeds bij een geringere hulpbehoefte opgenomen worden dan niet-alleenwonenden kan betekenen dat met meer hulp thuis in een aantal gevallen opname voorkomen of uitgesteld had kunnen worden. Hierbij moet dan wel aangetekend worden, dat voor een aantal van deze alleenwonende patiënten poliklinische reactivering nodig is.

7.2 De relatie van het geslacht met de verpleegtehuisopname

In paragraaf 2.7.2 bespraken wij het verschijnsel, dat bij de opnamen in verpleegtehuizen het aantal vrouwen ten opzichte van het aantal mannen groter is, dan op grond van de geslachtsverhouding in de gehele bevolking verwacht mag worden. Tabel 7.5 vermeldt het aantal mannen dat per 100 vrouwen in ons verpleegtehuis opgenomen werd zulks in vergelijking met het aantal mannen per 100 vrouwen in de gehele Rotterdamse bevolking.

Tabel 7.4: Onze nieuw opgenomen patiënten onderscheiden naar leeftijds- en gezinsverbandcategorieën en naar categorieën voor de hulpbehoefte uitgedrukt in minuten.

hulpbehoefte in minuten		0-61 n=71	62-109 n=102	110-169 n=115	170 en meer n=76
0-64 jaar	alleenwonend	8,5%	2,9%	2,6%	-
	niet alleenwonend	14,1%	12,7%	8,7%	10,5%
	totaal	22,6%	15,6%	11,3%	10,5%
65-79 jaar	alleenwonend	29,5%	23,5%	18,3%	7,9%
	niet alleenwonend	22,5%	34,4%	26,9%	43,4%
	totaal	52,0%	57,9%	45,2%	51,3%
80 jaar en ouder	alleenwonend	16,9%	15,7%	20,0%	13,2%
	niet alleenwonend	8,5%	10,8%	23,5%	25,0%
	totaal	25,4%	26,5%	43,5%	38,2%

Tabel 7.5: Het aantal mannen per 100 vrouwen bij onze opnamen en bij de bevolking van Rotterdam per 1 januari 1969.

	aantal mannen per 100 vrouwen	
	opnamen	bevolking van Rotterdam
0-49 jaar	33	100
50-64 jaar	58	89
65-69 jaar	95	81
70-74 jaar	77	76
75-79 jaar	49	71
80-84 jaar	61	71
85-89 jaar	55	77
90 jaar en ouder	120	70
alle leeftijden	63	97
bejaarden	65	76

In de meeste leeftijdscategorieën, bij alle bejaarden en bij alle leeftijden is het aantal mannen per 100 vrouwen bij de opnamen lager dan bij de gehele bevolking.

Wij hebben reeds gezien dat een aantal maatschappelijke omstandigheden voor mannen gunstiger is dan voor vrouwen, met name het sociaal-economisch milieu (tabel 4.6), het gezinsverband (tabel 4.5), het kindertal (tabel 4.4), de burgerlijke staat (tabel 4.3) en de woonsituatie (paragraaf 4.2). Over de maatschappelijke omstandigheden van de bevolking van Rotterdam konden wij geen gegevens ter vergelijking met onze patiënten verkrijgen.

In de voorgaande paragraaf hebben wij gezien dat het sociaal-economisch milieu en de woonsituatie geen rol van betekenis vervullen bij de verpleegtehuisopname. Het is dan ook niet te verwachten dat deze beide maatschappelijke factoren van belang zijn bij de vraag waarom er relatief meer vrouwen dan mannen opgenomen worden.

OOSTVOGEL (1968) schrijft in zijn proefschrift betreffende de gegadigden voor een verzorgingstehuis: "Bij 103 van de 233 echtparen (van 3 echtparen waren de eindwaarderingen niet bekend) was de verzorgingsbehoefte van man en vrouw gelijk, voor de overige echtparen was de verzorgingsbehoefte in 85 gevallen bij de vrouw het grootst en in 45 gevallen was deze bij de man het grootst. Dit is een zeer significant verschil. Hieruit valt af te leiden dat echtparen zich eerder voor opname aanmelden wanneer de vrouw verzorgingsbehoefte heeft is dan wanneer de man dat is. De vrouw verzorgt de man langer dan de man de vrouw, wat een bevestiging is van de verwachtingen in dit opzicht". Dit laatste wordt inderdaad algemeen verondersteld, maar wordt door bovenstaande gegevens niet bewezen. Men moet hierbij bedenken, dat de vrouwen relatief veel sterker vertegenwoordigd zijn in de onderzochte groep dan op grond van de verhouding tussen de geslachten in de gehele bejaarde populatie verwacht mag worden. Het zou dus niet verwonderlijk geweest zijn als de vrouwen gemiddeld minder verzorgingsbehoefte bleken zouden zijn, dan de mannen. Het tegendeel is echter het geval: vrouwen zijn duidelijk meer verzorgingsbehoefte dan mannen. Dit geldt voor de gehuwden weliswaar meer dan voor de niet (meer) gehuwden, maar daaruit mag de bovenaangehaalde conclusie niet getrokken worden.

In de gehele Nederlandse bevolking (statistisch zakboek 1970) is de burgerlijke staat van de bejaarden gunstiger dan de burgerlijke staat van onze opnamen (tabel 7.6). Dit verschil is voor vrouwen groter dan voor mannen. Op grond van de veronderstelling dat de vrouw beter voor haar invalide man kan zorgen dan omgekeerd, zou men verwachten dat het percentage gehuwde vrouwen van de opnamen dichter bij het overeenkomstige percentage in de bevolking zou liggen dan het percentage gehuwde mannen bij het daarmee corresponderende in de bevolking. Het tegenovergestelde is echter het geval: er werden relatief meer gehuwde mannen opgenomen dan gehuwde vrouwen. Opgemerkt dient te worden dat hier de burgerlijke staat van onze nieuw opgenomen patiënten, die overwegend uit Rotterdam komen, vergeleken is met de burgerlijke staat van de gehele Nederlandse bevolking. Ons zijn echter geen redenen bekend die de veronderstelling rechtvaardigen, dat er met betrekking tot de burgerlijke staat verschillen van betekenis zijn tussen de bevolking van Rotterdam en de bevolking van geheel Nederland.

Behoudens bij de ongehuwden verschilt de gemiddelde leeftijd van bejaarde mannen en vrouwen binnen de onderscheiden burgerlijke staat-

Tabel 7.6: De burgerlijke staat van de bejaarde mannen en vrouwen van onze opnamen en van de Nederlandse bevolking (statistisch zakboek 1970)

	opnamen		Nederlandse bevolking	
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
gehuwd	63,1%	28,7%	72,0%	42,5%
weduwstaat en gescheiden	30,5%	59,2%	21,0%	45,4%
ongehuwd	6,4%	12,1%	7,0%	12,3%

groepen niet belangrijk, zoals blijkt uit onderstaand overzicht. Indit overzicht is de gemiddelde leeftijd voor de nieuw opgenomen patiënten van 65 jaar en ouder weergegeven:

gemiddelde leeftijd

	mannen	vrouwen
gehuwd	75,6	75,1
weduwstaat	81,8	79,3
gescheiden	75,2	75,8
ongehuwd	72,5	76,9
alle patiënten	74,6	74,2

In de vergelijking van mannen en vrouwen met betrekking tot de burgerlijke staat in samenhang met de gemiddelde leeftijd hebben wij uitsluitend bejaarden betrokken. Vergelijking van al onze opnamen met de gehele bevolking leek ons onjuist, omdat de nieuw opgenomen patiënten voor circa 80% ouder zijn dan 65 jaar.

Het verschijnsel dat bij de nieuwe opnamen de burgerlijke staat ongunstiger is dan in de gehele bevolking en dat dit verschil bij vrouwen groter is dan bij mannen, wijst erop dat de burgerlijke staat van invloed is bij de opname en dat bij vrouwen deze invloed groter is dan bij mannen. Dit zou kunnen inhouden dat de vrouw reeds bij een geringere hulpbehoefte opgenomen wordt dan de man. De hulpbehoefte van mannen zou dan bij de opname gemiddeld groter moeten zijn dan bij vrouwen. Uit tabel 7.7 blijkt echter dat er geen verschil van betekenis is tussen de gemiddelde score van mannen en die van vrouwen. Ook wanneer de burgerlijke staat gelijk is zijn er geen verschillen van betekenis tussen de hulpbehoefte van mannen

Tabel 7.7: De hulpbehoefte, de prognose en de situatie na een half jaar van onze opnamen onderscheiden naar mannen en vrouwen.

		mannen n=141	vrouwen n=223
verpleegbehoefte	hulpbehoefte bij kleden	80,1%	86,1%
	hulpbehoefte bij toiletgebruik	66,7%	77,6%
	hulpbehoefte bij wassen	56,0%	53,9%
	incontinentie	46,9%	33,6%
	hulpbehoefte bij eten	31,2%	23,3%
	niet in staat tot voortbeweging	60,3%	69,5%
	geheel of gedeeltelijk bedlegerig	63,2%	45,3%
	gemiddelde score verpleegbehoefte in punten	23,25	22,19
	gemiddelde score verpleegbehoefte in minuten	70,42	73,05
begeleidingsbehoefte	bezoek van arts: 1x per week	56,7%	66,8%
	bezoek van arts: vaker dan 1x per week	37,6%	28,7%
	gebruik van medic.: 4-8 medic. per dag	27,7%	26,5%
	gebruik van medic.: 8 of meer medic. per dag	5,0%	1,8%
	laboratoriumonderzoek: 1x per maand	19,9%	20,6%
	laboratoriumonderzoek: vaker dan 1x per maand	54,6%	49,8%
	dieetvoorschrift: tweevoudig	25,5%	36,3%
	dieetvoorschrift: drie- of meervoudig	2,8%	3,6%
	parenterale vochttoediening: af en toe nodig	9,2%	3,6%
	parenterale vochttoediening: geregeld nodig	21,3%	15,7%
	toezicht wegens een psychische stoornis:		
	toezicht nodig	19,9%	22,9%
	toezicht wegens een psychische stoornis:		
	veel toezicht nodig	5,7%	7,2%
behoefte aan fysio-therapie	overige begeleidingsbehoefte: matig	14,2%	16,1%
	overige begeleidingsbehoefte: veel	38,3%	30,5%
	gemiddelde score begeleidingsbehoefte in punten	15,10	14,01
	gemiddelde score begeleidingsbehoefte in minuten	38,36	37,63
	gewenst ter handhaving van de status quo	3,5%	1,8%
	nodig ter handhaving van de status quo	2,1%	3,1%
prognose	nodig ter verbetering van de conditie	66,0%	74,4%
	gemiddelde score alle vormen van hulpbehoefte in punten	42,47	40,83
	gemiddelde score alle vormen van hulpbehoefte in minuten	116,98	117,80
situatie na half jaar	zal binnen een half jaar ontslagen worden	34,8%	47,1%
	zal na een half jaar nog opgenomen zijn	31,2%	35,0%
	zal binnen een half jaar overlijden	34,0%	17,9%
	ontslagen	27,6%	38,5%
	nog opgenomen	24,8%	28,3%
	overleden	47,5%	33,2%

en die van vrouwen (tabel 7.2). Bij gelijk gezinsverband zijn er alleen verschillen in hulpbehoefte tussen mannen en vrouwen die samenwonen met kinderen of met anderen. Voor deze verschillen hebben wij geen verklaring. Er zijn geen verschillen van betekenis tussen de hulpbehoefte van alleenwonende mannen en die van alleenwonende vrouwen en tussen de hulpbehoefte van met hun echtgenote samenwonende mannen en die van met hun echtgenoot samenwonende vrouwen (tabel 7.2).

In de gezinsverband-, kindertal- en burgerlijke-staat-categorieën die de geringste hulpbehoefte hebben, zijn de vrouwen bij de nieuw opgenomen patiënten en in de gehele bevolking oververtegenwoordigd (tabel 4.5, tabel 4.4 resp. tabel 4.3). Het feit dat vrouwen oververtegenwoordigd zijn in de categorieën die reeds bij een relatief geringe hulpbehoefte opgenomen worden, wijst erop dat in de, in de vorige zin genoemde maatschappelijke omstandigheden, een van de verklaringen gevonden kan worden voor de oververtegenwoordiging van vrouwen in verpleegtehuizen.

Ten aanzien van de meest gecompliceerde A.D.L. (zich kleden en toiletgebruik) is er bij vrouwen een grotere hulpbehoefte dan bij mannen, terwijl bij de minder gecompliceerde activiteiten de hulpbehoefte van de mannen groter is (tabel 7.7). Voortbewegingsstoornissen komen meer bij vrouwen voor, bedlegerigheid meer bij mannen. De verpleegbehoefte bij vrouwen (hulpbehoefte bij kleden en toiletgebruik en gestoorde voortbeweging) lijkt te berusten op aandoeningen van het bewegingsapparaat. Deze aandoeningen blijken bij vrouwen dan ook veel frequenter te zijn dan bij mannen (tabel 7.8). De hulpbehoefte bij eten, de incontinentie en de bedlegerigheid wijzen meer op ernstige interne aandoeningen. Het blijkt dat maligne neoplasmata en ziekten van longen en luchtwegen bij mannen vaker voorkomen. Ook bij buiten inrichtingen verblijvende bejaarden zijn vrouwen minder dan mannen in staat tot verrichtingen die een intact bewegingsapparaat vereisen: trappen klimmen, lopen en zich kleden (rapport De Rotterdamse bejaarden, deel 2, 1970).

De behoefte aan doktersvisite, medicamenten, laboratoriumonderzoek en parenteraal vocht is bij mannen groter dan bij vrouwen. Ook dit wijst op een ernstiger ziek-zijn van mannen. Vrouwen hebben een hogere frequentie van dieetvoorschriften, hetgeen ongetwijfeld samenhangt met de hogere frequentie van diabetes, insufficiëntia cordis en adipositas. Psychische stoornissen en dus ook de behoefte aan toezicht deswege komen bij vrouwen vaker voor.

In overeenstemming met de verschillen in hulpbehoefte en in aandoeningen tussen mannen en vrouwen zijn de verschillen met betrekking tot de behoefte aan fysiotherapie, de prognose en de situatie na een half jaar (tabel 7.7). Bij mannen wordt verbetering door fysiotherapie minder vaak, overlijden vaker en ontslag minder vaak als prognose gesteld. Ook het werkelijk ziekteverloop is bij mannen ongunstiger. Vrouwen blijken vaker reactiveerbaar te zijn. Overlijden op korte termijn is bij vrouwen minder frequent dan bij mannen.

Het belangrijkste facet van de hierboven genoemde verschillen tussen mannen en vrouwen lijkt ons het verschil in frequentie van de aandoeningen van het bewegingsapparaat. Wanneer het zo zou zijn dat deze aandoeningen in de gehele bevolking bij vrouwen aanmerkelijk frequenter zijn dan bij mannen, zou dit het feit dat er relatief meer vrouwen dan mannen in verpleegtehuizen opgenomen worden voor een deel verklaren. De morbiditeit van de gehele bevolking kan afge-

leid worden uit het onderzoek van OLIEMANS (1969): door 4 huisartsen werd gedurende een jaar voor elke ziekte genoteerd hoeveel patiënten er in hun praktijken aan die ziekte leden. VAN VLASSELAER (1971) verrichtte bij 1670 bejaarden (667 mannen en 1003 vrouwen) een preventief geneeskundig onderzoek. De uitkomsten van OLIEMANS en VAN VLASSELAER zijn vereenvoudigd weergegeven in tabel 7.8 tesamen met de overeenkomstige gegevens bij onze opnamen. De verschillen in morbiditeit tussen mannen en vrouwen in ons onderzoek en in de onderzoeken van OLIEMANS en VAN VLASSELAER komen in grote lijnen overeen. Een grotere frequentie van aandoeningen van het bewegingsapparaat bij vrouwen kon ook in een aantal kleinere onderzoeken worden aangetoond (AAKSTER, 1972; VAN DEN BUSSCHE, 1970; FENNIS, 1973; FULDAUER, 1966; HISCOCK c.s., 1973; PIKE, 1969; TONINO, 1969; THOMAS, 1968; WILLIAMS c.s., 1972; WILLIAMSON c.s., 1964). De zeven eerstgenoemden vonden ook een hogere frequentie van psychische stoornissen bij vrouwen. Behalve een hogere frequentie bij vrouwen van aandoeningen van het bewegingsapparaat en van psychische stoornissen vonden een aantal van de hierboven aangehaalde onderzoekers ook een hogere frequentie bij vrouwen in vergelijking met mannen van alle aandoeningen tesamen (o.a. FENNIS, 1973; FULDAUER, 1966; TONINO, 1969).

Mede op grond van bovenstaande gegevens menen wij dat de volgende conclusie gerechtvaardigd is: het verschijnsel dat er bij de nieuw opgenomen patiënten in ons verpleegtehuis 3 vrouwen zijn tegen 2 mannen vindt zijn oorzaak in:

1. het feit dat er in de gehele populatie meer vrouwen dan mannen zijn en dat dit verschil met het toenemen van de leeftijd groter wordt (tabel 7.5).
2. de ongunstigere maatschappelijke omstandigheden van vrouwen in vergelijking met mannen.
3. de hogere en andere morbiditeit van vrouwen in vergelijking met mannen. Dat een hogere morbiditeit van invloed is behoeft geen betoog. Of de verschillen in aard van de morbiditeit van invloed zijn, is moeilijk met zekerheid te zeggen. Het is mogelijk dat de kwalen die bij vrouwen frequenter zijn, méér dan de kwalen die bij mannen overwegen, tot opname in een verpleegtehuis leiden. Voor deze veronderstelling pleit, dat de aandoeningen die bij vrouwen overwegen, te weten aandoeningen van het bewegingsapparaat en psychische stoornissen, bij de nieuw opgenomen patiënten zeer frequent zijn (tabel 7.8).

7.3 Samenvatting

De vraag of andere dan medische factoren van invloed zijn op de opname in ons verpleegtehuis hebben wij getracht te beantwoorden door na te gaan of er relaties bestaan tussen de mate van hulpbehoefte enerzijds en de persoonlijke en maatschappelijke gegevens anderzijds.

Gezinsverband en leeftijd lijken de belangrijkste factoren die bij de opname een rol spelen. Alleenwonenden worden met een geringere hulpbehoefte opgenomen dan niet-alleenwonenden. De gemiddelde hulpbehoefte is bij oudere patiënten groter dan bij jongere.

In vergelijking met de geslachtsverhouding in de gehele bevolking worden in ons verpleegtehuis meer vrouwen dan mannen opgenomen (tabel 7.5). Een aantal maatschappelijke omstandigheden van de nieuw

Tabel 7.8: De frequentie van de onderscheiden (groepen van) aandoeningen bij onze opnamen, bij de continue morbiditeitsregistratie van OLIEMANS (1969) en in het onderzoek van VAN VLASSELAER (1971)

	opnamen		continue morbiditeitsregistratie OLIEMANS (1969)		VAN VLASSELAER (1971)	
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
aandoeningen van het zenuwstelsel	34,8%	35,4%	6,6%	6,6%	5,5%	5,8%
de tr.circulatorius	31,2%	41,3%	25,7%	35,8%	61,6%	62,8%
het bewegingsapparaat *	29,1%	54,3%	8,6%	13,7%	4,9%	11,5%
de tr. urogenitalis	36,9%	35,4%	7,9%	8,7%	10,0%	5,5%
de tr. respiratorius	16,3%	7,2%	21,9%	18,9%	11,7%	12,8%
de tr. digestivus	8,5%	8,5%	14,3%	16,3%	11,4%	9,9%
diabetes	8,5%	19,3%	3,2%	4,5%	11,9%	13,6%
maligne neuplasmata **	25,5%	13,0%	3,4%	1,6%	?	?
psychische stoornissen	17,7%	24,7%	4,7%	11,1%	4,2%	8,2%

* alleen de aandoeningen die invaliditeit kunnen veroorzaken

** exclusief neoplasma van de huid

opgenomen patiënten zijn voor mannen gunstiger dan voor vrouwen, te weten : het sociaal-economisch milieu, het gezinsverband, het kindertal, de burgerlijke staat en de woonsituatie.

Er was geen relatie tussen de hulpbehoefte bij opname enerzijds en het sociaal-economisch milieu resp. de woonsituatie anderzijds. Wel waren er relaties tussen de hulpbehoefte bij opname en het gezinsverband, het kindertal en de burgerlijke staat in die zin dat bij alleenwonenden, bij patiënten met geen of weinig kinderen resp. ongehuwden, de hulpbehoefte bij opname geringer was dan bij patiënten, die niet alleen wonen, meer kinderen hebben, resp. gehuwd of gehuwd geweest zijn. Bij de nieuw opgenomen patiënten zijn de vrouwen oververtegenwoordigd bij de ongehuwden (tabel 4.3), bij de kinderen (tabel 4.4) en bij de alleenwonenden (tabel 4.5). Wij menen hiermee aannemelijk gemaakt te hebben dat het feit dat vrouwen een ongunstiger gezinsverband, kindertal en burgerlijke staat hebben dan mannen, een van de oorzaken is dat zij oververtegenwoordigd zijn bij de nieuw opgenomen patiënten in ons verpleegtehuis. Een andere oorzakelijke factor is de hogere en andere morbiditeit van vrouwen in vergelijking met mannen in de bevolking. Het zijn voornamelijk aandoeningen van het bewegingsapparaat en psychische stoornissen, die bij vrouwen frequenter zijn. Dat deze beide aandoeningen bij de nieuw opgenomen patiënten in hoge frequentie voorkomen (tabel 7.8), is een argument, dat deze morbiditeitsverschillen inderdaad een verklaring kunnen zijn voor de oververtegenwoordiging van vrouwen.

8. DE PROGNOSE EN DE SITUATIE EEN HALF JAAR NA DE OPNAME

8.1 Inleiding

Van de 364 nieuw opgenomen patiënten was na een half jaar 34,3% ontslagen, 26,9% nog opgenomen en 38,7% overleden. Van het patiëntenbestand waren de overeenkomstige percentages 9,0, 69,8 en 21,2 (tabel 4.18). Zowel bij het bestand als bij de opnamen is het aantal overledenen hoger, het aantal "nog opgenomen" en het aantal ontslagenen lager dan verwacht werd.

Uit tabel 8.1 blijkt dat bij het patiëntenbestand in circa 80% van de gevallen de prognose juist was. Het stellen van een prognose is bij de nieuwe opnamen moeilijker aan bij het bestand (tabel 8.2). Met name is van de nieuw opgenomen patiënten van wie verwacht werd, dat zij na een half jaar nog opgenomen zouden zijn, ruim 40% overleden. Over het geheel genomen is de prognose in bijna 70% van de gevallen juist.

Binnen een half jaar waren 141 patiënten overleden. Bij 72 van deze patiënten werd dit verwacht, bij 52 patiënten werd verwacht dat zij na een half jaar nog opgenomen zouden zijn en bij 17 dat zij binnen een half jaar ontslagen zouden worden. Bij 113 van de 125 ontslagen patiënten was het ontslag conform de verwachting. Bij 5 patiënten was de prognose dat zij binnen een half jaar zouden overlijden en bij 7 dat zij nog opgenomen zouden zijn. De categorie van 98 patiënten die na een half jaar nog verpleegd werden, bestond uit 24 patiënten van wie verwacht werd dat zij ontslagen zouden worden, 11 patiënten van wie verwacht werd dat zij zouden overlijden en 63 patiënten waarbij de situatie na een half jaar met de prognose overeenkwam.

Bij het patiëntenbestand is er een relatie tussen de situatie na een half jaar en de verblijfsduur. Overlijden en ontslag zijn bij patiënten die op de peildatum een korte verblijfsduur hadden veel frequenter dan bij patiënten met een langere verblijfsduur (tabel 8.3).

Tabel 8.1: De situatie na een half jaar van ons patiëntenbestand in relatie met de prognose.

prognose	zal ontslagen zijn n=32	zal nog opgenomen zijn n=199	zal overleden zijn n=24
situatie na een half jaar:			
ontslagen	62,5%	1,5%	-
nog opgenomen	31,2%	81,9%	20,8%
overleden	6,3%	16,6%	79,2%

8.2 De ontslagen patiënten

Binnen een half jaar werden 125 patiënten ontslagen: 119 patiënten gingen naar huis en 6 naar een verzorgingstehuis. De reden van ontslag

was:

- toestand verbeterd : 98 patiënten
- eigen verzoek : 11 patiënten
- einde "vakantie" : 16 patiënten

Zoals in paragraaf 3.5.2 vermeld werd, is einde vakantie als reden van ontslag aangegeven, indien een patiënt voor een tevoren vastgestelde periode opgenomen werd wegens het tijdelijk niet beschikbaar zijn van zijn verzorg(st)er(s) en indien het ontslag in feite aan het eind van de afgesproken periode plaatsvond. Bij de verdere bespreking van de ontslagen patiënten laten wij degenen die op eigen verzoek of wegens einde vakantie ontslagen werden buiten beschouwing.

Tabel 8.2: De situatie van onze opnamen een half jaar na de opname in relatie met de prognose.

prognose:	zal ontsla- gen zijn n=154	zal nog opge- nomen zijn n=122	zal over- leden zijn n=88
situatie na een half jaar:			
ontslagen	73,4%	5,7%	6,6%
nog opgenomen	15,6%	51,6%	12,5%
overleden	11,0%	42,6%	80,8%

Tabel 8.3: De situatie na een half jaar van ons patiëntenbestand in relatie met de verblijfsduur.

	korter dan 3 maanden n=53	3-6 maanden n=28	6-12 maan- den n=29	1-5 jaar n=101	langer dan 5 jaar n=44
ontslagen	24,5%	32,1%	3,4%	-	-
nog opgenomen	35,8%	46,4%	79,3%	83,2%	88,6%
overleden	39,6%	21,4%	17,2%	16,8%	11,4%

8.3 De hulpbehoefte van de patiënten die wegens verbetering van hun toestand ontslagen werden.

Bij de 98 patiënten die binnen een half jaar wegens verbetering van hun toestand ontslagen werden, was de behoefte aan verpleging, begeleiding en fysiotherapie bij het ontslag gering (tabel 8.4). Vier patiënten werden ontslagen ofschoon zij in een of meer A.D.L.-functies nog geheel hulpbehoevend waren. Dit betrof een vrij jonge patiënte die bij ontslag volledig hulpbehoevend was ten aanzien van kleden en wassen. Deze hulp kon thuis door haar echtgenoot gegeven worden. Een patiënte met een dubbelzijdige bovenbeenamputatie was volledig hulpbehoevend bij het toiletgebruik doch verder onafhankelijk. Zij kon naar huis terugkeren, omdat zij inwoonde bij een dochter die in staat was de nodige hulp te verlenen. Twee patiënten werden ontslagen met een dauercatheter. Beide patiënten waren in staat de catheter zelf te verzorgen.

De begeleidingsbehoefte - vooral wat betreft doktersbezoek, laboratoriumonderzoek en dieetvoorschrift - was bij het ontslag nog vrij groot. Bij 10 patiënten was voortzetting van de fysiotherapeutische behandeling nodig, bij 30 patiënten gewenst. Bij de aard van de overige begeleidingsbehoefte werd 3x een slechte visus, 4x een slecht gehoor, 1x pijn, 1x een huidaandoening en 2x afasie en 2x overige aandoeningen geregistreerd; in totaal 13 aandoeningen.

8.4 De patiënten die na een half jaar nog opgenomen waren.

Een half jaar na de opname waren 98 van de 364 patiënten nog opgenomen, te weten 35 van de 141 mannelijke en 63 van de 223 vrouwelijke patiënten. Van twee patiënten kon formulier A3 niet ingevuld worden, omdat zij aan het einde van het halve jaar elders verpleegd werden. Deze twee patiënten worden verder buiten beschouwing gelaten.

8.5 De hulpbehoefte van de patiënten die na een half jaar nog opgenomen waren.

Tabel 8.5 geeft een overzicht van de behoefte aan verpleging, begeleiding en fysiotherapie van 96 patiënten die een half jaar na de opname nog in ons verpleegtehuis verbleven. De hulpbehoefte van de hier te bespreken groep patiënten is iets geringer dan de hulpbehoefte van het patiëntenbestand (vergelijk tabel 4.10) met uitzondering van de behoefte aan fysiotherapie die bij het patiëntenbestand geringer is (vergelijk tabel 4.14). De aard van de overige begeleidingsbehoefte vertoont veel overeenkomst met die van het patiëntenbestand.

8.6 De reden van verder verblijf van de patiënten die na een half jaar nog opgenomen waren.

Tabel 4.17 geeft een overzicht van de reden van verder verblijf. Bij 7 patiënten was er geen indicatie (meer). Dit betrof tweemaal de gezonde echtgenoot van een patiënte en vijf patiënten die wachtten op een plaats in een verzorgingstehuis.

Tabel 8.4: De behoefte aan verpleging, begeleiding en fysiotherapie van 98 patiënten die wegens verbetering van hun toestand ontslagen werden.

verpleegbehoefte:			
A.D.L.:	goed	gedeeltelijk	niet
zich kleden	90	7	1
toilet gebruiken	95	2	1
zich wassen	96	1	1
continentie	95	1	2
eten	98	-	-
voortbeweging: geen stoornis		74	
zelfstandig met rolstoel		1	
loopt gebrekkig		23	
kan zich niet voortbewegen		-	
bedlegerigheid: 4 uur of langer uit bed		98	
1-4 uur uit bed		-	
1 uur of korter uit bed		-	
begeleidingsbehoefte:	geen of weinig	matig	veel
bezoek van arts	80	18	-
gebruik van medicamenten	93	5	-
laboratoriumonderzoek	67	30	1
dieetvoorschrift	75	23	-
parenterale vochttoediening	98	-	-
toezicht wegens een psychische stoornis	96	2	-
overige begeleidingsbehoefte	87	10	1
behoefte aan fysiotherapie:			
niet nodig	58		
gewenst ter handhaving van de status quo	30		
nodig ter handhaving van de status quo	7		
nodig ter verbetering van de conditie	3		

Tabel 8.5: De behoefte aan verpleging, begeleiding en fysiotherapie van 96 patiënten die een half jaar na de opname nog in ons verpleegtehuis verbleven.

verpleegbehoefte:			
A.D.L.:	goed	gedeeltelijk	niet
zich kleden	26	24	46
toilet gebruiken	41	11	44
zich wassen	57	10	29
continentie	63	15	18
eten	78	8	10
voortbeweging:	geen stoornis	12	
	zelfstandig met rolstoel	3	
	loopt gebrekkig	33	
	kan zich niet voortbewegen	48	
bedlegerigheid:	4 uur of langer uit bed	85	
	1-4 uur uit bed	5	
	1 uur of korter uit bed	6	
begeleidingsbehoefte:			
	geen of weinig	matig	veel
bezoek van arts	29	60	7
gebruik van medicamenten	65	30	1
laboratoriumonderzoek	37	32	27
dieetvoorschrift	59	35	2
parenterale vochttoediening	83	7	6
toezicht wegens een psychische stoornis	63	18	15
overige begeleidingsbehoefte	41	22	33
behoefte aan fysiotherapie:			
niet nodig	30		
gewenst ter handhaving van de status quo	13		
nodig ter handhaving van de status quo	22		
nodig ter verbetering van de conditie	31		

8.7 De aandoeningen van de patiënten die na een half jaar nog opgenomen waren.

De aandoeningen van de patiënten die na een half jaar nog opgenomen waren, komen in grote lijnen overeen met de aandoeningen van de nieuwe opnamen. Aandoeningen van visus en gehoor en psychische stoornissen komen na een half jaar relatief meer voor dan bij opname. Het schijnt dat patiënten met deze aandoeningen minder kans hebben ontslagen te worden of te overlijden. Overigens zijn er geen aanwijzingen dat de aandoeningen het ziekteverloop in belangrijke mate beïnvloeden.

8.8 De prognose van de patiënten die na een half jaar nog opgenomen waren.

De prognose van de patiënten die na een half jaar nog in ons verpleegtehuis verbleven, werd als volgt gesteld:

- zal binnen een half jaar naar huis terugkeren 8 (8,3%)
- zal binnen een half jaar naar een verzorgingstehuis gaan 10 (10,4%)
- zal na een half jaar nog opgenomen zijn 61 (63,5%)
- zal binnen een half jaar overlijden 17 (17,7%)

Tabel 8.6 geeft een vergelijking tussen dit onderzoek en een in de jaren 1965 en 1966 door ons uitgevoerd onderzoek (MERKUS, 1969) met betrekking tot de situatie na een jaar. Wat het hier beschreven onderzoek betreft werd de vermoedelijke situatie na een jaar bepaald uit de feitelijke situatie na een half jaar in combinatie met de prognose voor het volgende halfjaar. Het ziekteverloop van de patiënten uit dit onderzoek is ongunstiger dan van de patiënten uit het vroegere onderzoek temeer wanneer wij bedenken dat de prognose voor het tweede halfjaar waarschijnlijk te gunstig zal blijken: verwacht mag worden dat het aantal overledenen waarschijnlijk hoger zal zijn dan het verwachte aantal ten koste van het aantal van de ontslagen en nog opgenomen patiënten. Zoals uit onderstaand overzicht blijkt zijn de hogere leeftijdsklassen in dit onderzoek relatief sterker bezet dan in 1965 - 1966 hetgeen waarschijnlijk een ongunstige invloed heeft op het ziekteverloop (zie tabel 8.8).

	onderzoek 1965-1966	dit onderzoek
0-49 jaar	8%	3%
50-59 jaar	8%	6%
60-69 jaar	17%	18%
70-79 jaar	36%	39%
80-89 jaar	28%	31%
90 jaar en ouder	3%	3%

8.9 Het totale aantal reactiveerbare patiënten.

Willen wij bepalen hoeveel procent van de nieuw opgenomen patiënten werkelijk reactiveerbaar is, dan moeten wij op het totale aantal opnamen 3 patiënten zonder indicatie, 11 patiënten die op eigen

Tabel 8.6: De situatie een half jaar na de opname en de vermoedelijke situatie een jaar na de opname van dit onderzoek in vergelijking met de situatie na een jaar van een in 1965-1966 door ons uitgevoerd onderzoek (MERKUS, 1969).

	dit onderzoek		onderzoek 1965-1966
	situatie half jaar na de op- name n=364	vermoedelijke situatie een jaar na de op- name n=364	situatie een jaar na de opname n=413
ontslagen naar huis of naar een verzorgingstehuis	34,5%	39,3%	45,5%
nog opgenomen	26,9%	17,5%	15,2%
overleden	38,7%	43,4%	39,2%

verzoek en 16 patiënten die wegens "einde vakantie" ontslagen werden, in mindering brengen. Het aantal nieuwe opnamen komt dan op 334. Van deze patiënten waren er na een half jaar 98 ontslagen omdat zij voldoende gereactiveerd waren. De vier patiënten die bij ontslag in een of meer A.D.L.-functies nog geheel hulpbehoevend waren, willen wij niet bij de gereactiveerden rekenen, ofschoon zij ten opzichte van de toestand bij opname een aanzienlijke verbetering vertoonden. Het aantal gereactiveerden bij de ontslagen patiënten is dan 94. Bij degenen die na een half jaar nog in ons verpleegtehuis verbleven waren 5 patiënten volledig gereactiveerd. Een half jaar na de opname waren dus 99 patiënten gereactiveerd. Een deel van de patiënten die na een half jaar nog opgenomen waren zal nog reactiveerbaar blijken. De verwachting is dat 18 patiënten nog ontslagen kunnen worden (paragraaf 8.8). Hier zijn de 5 reeds volledig gereactiveerden bij, zodat het aantal van 18 tot 13 verminderd moet worden. Waarschijnlijk zal het aantal feitelijk gereactiveerden circa twee derde van het verwachte aantal van 13 zijn (zie tabel 8.1), 9 patiënten dus. Overzichtelijk weergegeven ziet het bovenstaande er als volgt uit:

van 334 opnamen zijn er na een half jaar:

- 99 gereactiveerd - 94 ontslagen
- 5 nog opgenomen
- 95 nog verpleegbehoefstig waarvan 9 nog te reactiveren
- 140 overleden

In een eerder door ons uitgevoerd onderzoek (MERKUS, 1969) was het percentage binnen één jaar ontslagen patiënten 45,5 (tabel 8.6). Dit percentage mag niet vergeleken worden met de percentages voor gereactiveerde patiënten omdat in dit percentage van 45,5 de vakantiepatiënten en de op eigen verzoek ontslagen patiënten inbegrepen zijn. In hetzelfde onderzoek gingen wij na hoe de verdere lotgevallen waren van 150 ontslagen patiënten. In dit deel van het onderzoek werden vakantiepatiënten, op eigen verzoek ontslagen patiënten en patiënten jonger dan 50 jaar buiten beschouwing gelaten. Een jaar na het ontslag was 17% van de patiënten overleden, 13% heropgenomen, 15% in een verzorgingstehuis en 55% nog thuis. Van de thuisverblijvende patiënten was de lichamelijke conditie goed. Slechts 5 patiënten waren niet in staat hun woning te verlaten.

Van Angelsaksische zijde zijn enkele vergelijkbare onderzoeken gepubliceerd: SILVER en ZUBERI (1965) volgden 455 patiënten die in 1962 in St. Matthew's Geriatric Hospital (Londen) opgenomen werden, tot twee jaar na de opname. Na één jaar waren 63 patiënten (14%) nog opgenomen; 182 patiënten (40%) waren overleden en 210 patiënten (46%) waren ontslagen of overgeplaatst. Twee jaar na de opname waren 34 (7%) patiënten nog opgenomen, 295 (65%) overleden, 55 (12%) thuis, 33 (7%) in een verzorgingstehuis, 36 (7%) heropgenomen en 2 onvindbaar. Van 219 binnen twee jaar ontslagen patiënten waren er één jaar na het ontslag 38 (22%) overleden. Dit gegeven is niet vergelijkbaar met ons sterftepercentage van 17, aangezien bij de genoemde 219 ontslagen patiënten ook degenen die naar een verzorgingstehuis, verpleegtehuis of ziekenhuis gingen, zijn inbegrepen.

AMULREE (1955) vermeldt dat van 1956 bejaarde patiënten die van 1949 tot en met 1954 opgenomen werden in St. Pancras Hospital (Londen), na één jaar 1119 patiënten (57%) ontslagen waren en 677 (35%) overleden. Uit zijn publikatie blijkt niet wat er met de overige 160 patiënten

gekeurde. Dezelfde auteur ging na hoe de toestand was van 246 ontslagen patiënten zes maanden na het ontslag: 64 patiënten (26%) waren overleden; van de overigen waren 84 (34%) niet in staat hun woning te verlaten.

ARNOLD en EYTON-SMITH (1962) stelden een onderzoek in naar de toestand van 212 bejaarde patiënten drie maanden na het ontslag. De onderzochten maakten deel uit van 334 in het Whittington Hospital (Londen) opgenomen patiënten. Tijdens het verblijf in het ziekenhuis waren 122 patiënten overleden. Drie maanden na het ontslag waren 114 patiënten (54%) nog thuis, 34 (16%) in een "residential home", 27 (13%) heropgenomen en 37 (17%) overleden.

8.10 De factoren die van invloed zijn op de situatie na een half jaar.

De situatie na een half jaar is bij vrouwen gunstiger dan bij mannen (tabel 7.7 en 8.7). Het sociaal-economisch milieu, de verlijfsplaats voor opname, de specialistische behandeling en de woonsituatie hebben geen duidelijke relatie met de situatie na een half jaar (tabel 8.7).

Degenen die samenwonen met echtgeno(o)t(e) of met kinderen worden duidelijk minder vaak ontslagen dan degenen die samenwonen met anderen of alleenwonend zijn. Van degenen die voor de opname met hun echtgeno(o)t(e) samenwoonden blijkt een groot aantal opgenomen te worden voor terminale verpleging (tabel 8.7). Dit laatste magt waarschijnlijk samen met het feit, dat in deze groep de mannen overwegen die immers vaker dan vrouwen binnen een half jaar na opname overlijden. In overeenstemming hiermee is het hoge percentage gehuwden bij de overledenen (tabel 8.7). Bij patiënten zonder kinderen is ontslag frequenter en overlijden minder frequent dan degenen die wel kinderen hebben.

Waarschijnlijk zijn de relaties van de burgerlijke staat en het kindertal enerzijds met de situatie na een half jaar anderzijds terug te voeren tot een relatie tussen de situatie na een half jaar en het gezinsverband. Immers gehuwden en mensen met kinderen wonen vaker samen met echtgeno(o)t(e) c.q. kinderen, terwijl weduw(-naars), ongehuwden en mensen zonder kinderen vaker met anderen of alleen wonen. De relatie tussen het gezinsverband en de situatie na een half jaar berust mogelijk ter deele op verschillen in hulpbehoefte (alleenwonenden hebben een geringere hulpbehoefte), ten deele op verschillen in de verhouding mannen:vrouwen (bij degenen die met hun echtgeno(o)t(e) samenwonen overwegen de mannen).

De gemiddelde leeftijd van degenen die binnen een half jaar ontslagen werden is lager dan die van de overige patiënten. Jonge patiënten worden relatief vaker ontslagen dan oudere (tabel 8.8). De situatie na een half jaar is des te ongunstiger naarmate de hulpbehoefte bij opname groter is (tabel 8.9). Behalve de mate van hulpbehoefte zijn ook de aandoeningen van invloed, bijvoorbeeld: patiënten met psychische stoornissen of maligne aandoeningen worden zelden ontslagen; patiënten met aandoeningen van het zenuwstelsel, van de tractus urogenitalis alsmede patiënten met

Tabel 8.7: De situatie na een half jaar in relatie met een aantal persoonlijke en maatschappelijke gegevens.

	op- namen	situatie na een half jaar		
		wegens "toe- stand verbe- terd" ontsla- gen	nog op- genomen	over- leden
	n=364	n=98	n=98	n=141
mannen	38,7%	27,6%	35,7%	47,5%
ongeschoolden	45,9%	52,0%	42,9%	47,5%
samenwonend met echtgeno(o)t(e)	36,3%	7,1%	25,5%	45,4%
samenwonend met kinderen	12,1%	8,2%	16,3%	10,6%
samenwonend met anderen	11,8%	30,6%	16,3%	12,8%
alleenwonend	39,8%	54,1%	41,9%	31,2%
van thuis komend	59 %	54,1%	54,1%	59,6%
uit een ziekenhuis komend	37 %	41,8%	41,8%	35,5%
specialistisch behandeld	52 %	51,0%	51,0%	58,9%
benedenwoning of étagewoning				
met lift	53,8%	54,1%	46,9%	56,7%
geen kinderen	29,4%	35,7%	31,6%	24,1%
1, 2 of 3 kinderen	43,7%	39,8%	34,7%	50,4%
4 of meer kinderen	26,9%	24,5%	33,7%	25,5%
gemiddeld aantal kinderen	2,5	2,1	2,9	2,6
gehuwd	42,8%	37,8%	32,7%	48,9%
weduwstaats of gescheiden	48,1%	52,0%	55,1%	42,6%
ongehuwd	9,9%	10,2%	12,2%	8,5%
gemiddelde leeftijd	74,3	70,6	76,1	75,5

Tabel 8.8: De situatie na een half jaar in relatie met de leeftijds-categorieën.

leef- tijds- catego- rieën	nieuw op- genomen patienten n=337	situatie na een half jaar		
		wegens "toestand verbeterd" ont- slagen n=98	nog opgeno- men n=98	over- leden n=141
0-49 jaar	3,3%	8,2%	3,1%	-
50-59 jaar	5,6%	7,1%	2,0%	7,1%
60-64 jaar	5,9%	5,1%	8,2%	5,0%
65-69 jaar	11,6%	16,3%	7,1%	11,3%
70-74 jaar	18,1%	20,4%	16,3%	17,7%
75-79 jaar	22,0%	20,4%	23,5%	22,0%
80-84 jaar	19,3%	16,3%	18,4%	22,0%
85-89 jaar	11,5%	5,2%	16,3%	12,8%
90 jaar en ouder	2,7%	1,0%	5,1%	2,1%

Tabel 8.9: De situatie na een half jaar in relatie met de gemiddelde score voor verpleegbehoefte, begeleidingsbehoefte en totale hulpbehoefte.

situatie na een half jaar		gemiddelde score in minuten		
		verpleeg- behoefte	begeleidings- behoefte	totale hulp- behoefte
naar huis	n=119	45,4	20,0	74,5
naar een verzorgings- tehuis	n=6	28,5	45,3	82,2
nog opgenomen	n=98	71,6	42,4	123,3
overleden	n=141	96,7	49,6	151,5

maligne neoplasma's of met psychische stoornissen overlijden vaak op korte termijn (tabel 8.10).

Resumerend lijken de belangrijkste factoren die invloed hebben op de situatie na een half jaar:

1. het geslacht
2. de leeftijd
3. het gezinsverband
4. de mate van hulpbehoefte bij opname
5. de aard van de aandoeningen

Om de onderlinge afhankelijkheid van deze vijf factoren te onderzoeken werden de leeftijds- en gezinsverbandcategorieën tot 3 resp. 2 teruggebracht (zie paragraaf 7.1), terwijl ook van de in voornoemde paragraaf genoemde score-categorieën gebruik werd gemaakt.

Met behulp van deze categorieën voor leeftijd, gezinsverband en hulpbehoefte kon vastgesteld worden:

- a. vrouwen hebben een gunstiger ziekteverloop dan mannen
 - in elk van de 3 leeftijdscategorieën (tabel 8.11)
 - in beide gezinsverband-categorieën (tabel 8.12)
 - in bijna alle score-categorieën = hulpbehoefte-categorie (tabel 8.11)
 - in bijna alle groepen van aandoeningen (tabel 8.13)

Binnen dezelfde groep van aandoeningen en dezelfde leeftijdscategorie is het ziekteverloop van mannen vrijwel steeds ongunstiger dan dat van vrouwen (tabel 8.13). Dit geldt in de overgrote meerderheid van de gevallen ook voor mannen en vrouwen in dezelfde leeftijds- en score-categorie (tabel 8.11).

- b. de situatie na een half jaar is in de hogere leeftijdscategorieën ongunstiger dan in de lagere.

- dit geldt niet voor mannen en vrouwen afzonderlijk. Wel wordt het percentage ontslagenen bij mannen duidelijk lager in de hogere leeftijdscategorieën. Bij vrouwen is dit alleen bij degenen die 80 jaar en ouder zijn het geval (tabel 8.11).
- in beide gezinsverband-categorieën is ontslag in de hogere leeftijdscategorieën minder frequent dan in de lagere. Bij alleenwonenden is er een verband tussen leeftijdscategorieën en overlijdenspercentage, bij niet-alleenwonenden niet (tabel 8.14).
- bij gelijke score-categorie zijn er geen duidelijke relaties tussen de leeftijdscategorieën en het ziekteverloop. De mate van hulpbehoefte neemt toe met de leeftijd (zie tabel 7.3). Waarschijnlijk berust het ongunstiger ziekteverloop van ouderen op een hogere gemiddelde hulpbehoefte en niet op de leeftijd zelf.
- bij patiënten met aandoeningen van zenuwstelsel, van de tractus circulatorius of van het bewegingsapparaat is het ziekteverloop in de hogere leeftijdscategorieën slechter dan in de lagere; bij patiënten met maligne neoplasma's, aandoeningen van de tractus urogenitalis of psychische stoornissen is geen duidelijk verband tussen de leeftijdscategorieën en het ziekteverloop (tabel 8.13).

Bij patiënten van hetzelfde geslacht en dezelfde score-categorie is er geen duidelijk verband tussen de leeftijdscategorie en de situatie na een half jaar. (tabel 8.11). Dit houdt in dat wanneer bij het stellen van de prognose rekening gehouden wordt met de mate van hulpbehoefte, de leeftijd niet meer van betekenis is.

Er is geen duidelijke relatie tussen de leeftijdscategorieën en de situatie na een half jaar bij patiënten met hetzelfde gezinsverband en dezelfde score-categorie.

Bij patiënten met hetzelfde gezinsverband en een aandoening uit dezelfde groep is in de meerderheid van de gevallen het ziekteverloop in de lagere leeftijdscategorieën gunstiger dan in de hogere (tabel 8.10).

c. het ziekteverloop is voor alleenwonenden gunstiger dan voor niet-alleenwonenden.

- dit geldt ook voor mannen en vrouwen afzonderlijk (tabel 8.12)
- eveneens voor elk van de 3 leeftijdscategorieën (tabel 8.14)
- in bijna alle score-categorieën is het percentage ontslagenen bij alleenwonenden hoger en het percentage overledenen lager dan bij niet-alleenwonenden (tabel 8.14).
- bij alle groepen van aandoeningen is de situatie na een half jaar van alleenwonenden gunstiger dan van niet-alleenwonenden (tabel 8.10).

Bij patiënten van dezelfde leeftijds- en scorecategorie is in de meerderheid van de gevallen de situatie na een half jaar voor alleenwonenden gunstiger dan van niet-alleenwonenden (tabel 8.14). Indien leeftijdscategorie en groep van aandoeningen gelijk zijn is eveneens meestal het ziekteverloop van alleenwonenden gunstiger dan van niet-alleenwonenden (tabel 8.10).

d. de situatie na een half jaar is in de hogere score-categorieën slechter dan in de lagere. Dat geldt ook

- voor mannen en vrouwen afzonderlijk (tabel 8.11).
- voor elk van de 3 leeftijdscategorieën (tabel 8.11).
- voor elk van beide gezinsverband-categorieën (tabel 8.14).

Bij gelijke gezinsverband- en leeftijdscategorie is het ziekteverloop in de hogere score-categorieën slechter dan in de lagere (tabel 8.14).

e. patiënten met maligne neoplasmata en patiënten met psychische stoornissen hebben een ongunstiger ziekteverloop dan patiënten met aandoeningen uit andere groepen.

Dit geldt niet alleen voor alle patiënten tezamen, maar ook voor patiënten van hetzelfde geslacht en dezelfde leeftijdscategorie (tabel 8.13) en voor patiënten met dezelfde gezinsverband-categorie en dezelfde leeftijdscategorie (tabel 8.10).

Uit het bovenstaande kan de conclusie getrokken worden dat er relaties zijn tussen de situatie een half jaar na de opname en het geslacht, het al dan niet alleenwonen, de mate van hulpbehoefte en de aard van de ziekte, en dat deze relaties grotendeels onafhankelijk van elkaar zijn. De samenhang tussen de situatie na een half jaar en de leeftijdscategorieën is wel afhankelijk van andere factoren.

Dat ook op zeer hoge leeftijd de reactiveringskansen niet zo slecht zijn als verondersteld wordt, blijkt uit een onderzoek naar de prognose van zeer oude verpleegtehuispatiënten (MERKUS, 1969): van 94 patiënten van 85 jaar en ouder waren er na een half jaar 33 volledig gereactiveerd. Van deze 33 patiënten waren er 26 ontslagen en 7 in afwachting van plaatsing in een verzorgingstehuis.

Tabel 8.10: Het percentage overleden en het percentage wegens "toestand verbeterd" ontslagen patiënten, onderscheiden naar leeftijdscategorieën, naar het al dan niet alleenwonend-zijn en naar de groepen van ziekten.

	0-64 jaar		65-79 jaar		80 jaar en ouder		alleen-wonend	niet alleen-wonend	alle patiënten
	alleen-wonend	niet alleen-wonend	alleen-wonend	niet alleen-wonend	alleen-wonend	niet alleen-wonend			
patiënten met ziekte van het nieuwsteelsel									
	n=4	n=19	n=19	n=55	n=12	n=17	n=35	n=91	n=126
overleden	25,0%	31,6%	26,3%	49,1%	50,0%	58,8%	34,3%	47,3%	43,7%
ontslagen	25,0%	31,6%	36,8%	14,5%	33,3%	11,8%	34,3%	17,6%	22,2%
patiënten met ziekten van de tr. circulatorius									
	n=2	n=14	n=31	n=46	n=41	n=30	n=74	n=90	n=164
overleden	50,0%	28,6%	19,4%	37,0%	43,9%	43,3%	33,8%	37,8%	36,0%
ontslagen	-	50,0%	38,8%	30,4%	24,4%	3,4%	29,7%	24,4%	26,8%
patiënten met ziekten van het bewegingsapparaat									
	n=4	n=11	n=33	n=36	n=28	n=30	n=65	n=77	n=142
overleden	25,0%	18,2%	9,1%	30,6%	39,3%	30,0%	23,1%	28,6%	26,1%
ontslagen	50,0%	27,3%	42,4%	33,3%	25,0%	3,3%	35,4%	20,8%	27,5%
patiënten met maligne neoplasma's									
	n=2	n=9	n=17	n=22	n=6	n=9	n=25	n=40	n=65
overleden	50,0%	77,8%	41,2%	72,7%	66,7%	55,6%	48,0%	70,0%	61,5%
ontslagen	-	11,1%	35,3%	-	-	-	24,0%	2,5%	10,8%
patiënten met ziekten van de tr. urogenitalis									
	n=3	n=8	n=11	n=39	n=30	n=31	n=44	n=78	n=122
overleden	33,3%	37,5%	18,2%	56,5%	43,3%	41,9%	36,4%	48,7%	44,3%
ontslagen	33,3%	12,5%	36,4%	17,9%	26,7%	12,9%	29,5%	15,4%	20,5%
patiënten met psychische stoornissen									
	n=2	n=2	n=10	n=22	n=19	n=29	n=31	n=53	n=84
overleden	-	100,0%	40,0%	68,2%	41,4%	44,9%	41,9%	56,6%	51,2%
ontslagen	100,0%	-	10,0%	9,1%	5,2%	3,4%	12,9%	5,7%	8,3%

Tabel 8.11: Het percentage wegens "toestand verbeterd" ontslagen en het percentage overleden patiënten onderscheiden naar leeftijdscategorieën, geslacht en categorieën voor de hulpbehoefte uitgedrukt in minuten.

	hulpbehoefte in minuten	0 - 64 jaar			65 - 79 jaar			80 jaar en ouder		
		ontsla- gen	over- leden	n=	ontsla- gen	over- leden	n=	ontsla- gen	over- leden	n=
mannen	0-61	85,7%	14,3%	7	35,7%	21,4%	14	16,7%	-	6
	62-109	50,0%	50,0%	4	28,0%	32,0%	25	18,2%	36,3%	11
	110-169	-	66,7%	3	14,3%	66,7%	21	5,9%	35,3%	17
	170 en meer	-	75,0%	4	-	80,0%	15	-	85,7%	14
	totaal	44,4%	44,4%	18	20,0%	49,3%	75	8,3%	45,9%	48
vrouwen	0-61	66,7%	-	9	69,6%	4,4%	23	33,3%	8,3%	12
	62-109	33,3%	16,7%	12	52,9%	23,5%	34	56,2%	18,8%	16
	110-169	20,0%	40,0%	10	19,4%	38,7%	31	15,2%	42,4%	33
	170 en meer	-	75,0%	4	4,2%	58,3%	24	-	80,0%	15
	totaal	34,3%	25,7%	35	36,6%	31,2%	112	23,7%	39,5%	76

Tabel 8.12: Het percentage wegens "toestand verbeterd" ontslagen en het percentage overleden patiënten, onderscheiden naar geslacht en gezinsverbandcategorieën.

	alleenwonend			niet-alleenwonend		
	mannen n=39	vrouwen n=106	m + v n=145	mannen n=102	vrouwen n=117	m + v n=219
wegens "toestand verbeterd" ontslagen	25,6%	40,6%	36,6%	16,7%	23,9%	20,5%
overleden	41,1%	26,4%	30,3%	50,0%	39,4%	44,4%
nog op- genomen	33,3%	33,0%	33,1%	33,3%	37,7%	35,1%

Tabel 8.13: Het percentage overleden en het percentage wegens "toestand verbeterd" ontslagen patiënten, onderscheiden naar groepen van aandoeningen, leeftijdscategorieën en geslacht.

				overleden	wegens "toestand verbeterd" ontslagen
patiënten met ziekten van het zenuwstelsel	0-64 jr.	mannen	n=9	44,4%	33,3%
		vrouwen	n=14	21,4%	28,6%
		m + v	n=23	30,4%	30,4%
	65-79 jr.	mannen	n=31	45,2%	16,1%
		vrouwen	n=43	41,9%	23,2%
		m + v	n=74	43,2%	20,3%
	80 jr. en ouder	mannen	n=9	66,7%	11,1%
		vrouwen	n=20	50,0%	25,0%
		m + v	n=29	59,2%	20,7%
patiënten met ziekten van de tr. circulatorius	0-64 jr.	mannen	n=6	50,0%	33,3%
		vrouwen	n=10	20,0%	50,0%
		m + v	n=16	31,3%	43,7%
	65-79 jr.	mannen	n=24	37,5%	20,8%
		vrouwen	n=53	26,4%	39,6%
		m + v	n=77	29,9%	33,8%
	80 jr. en ouder	mannen	n=28	46,4%	3,6%
		vrouwen	n=43	41,9%	23,3%
		m + v	n=71	43,7%	15,5%
patiënten met ziekten van het bewegingsapparaat	0-64 jr.	mannen	n=2	50,0%	50,0%
		vrouwen	n=13	15,4%	30,8%
		m + v	n=15	20,0%	33,3%
	65-79 jr.	mannen	n=18	22,2%	27,8%
		vrouwen	n=51	19,6%	41,2%
		m + v	n=69	20,3%	37,8%
	80 jr. en ouder	mannen	n=18	44,4%	5,6%
		vrouwen	n=40	30,0%	17,5%
		m + v	n=58	34,5%	13,8%
patiënten met maligne neoplas-mata	0-64 jr.	mannen	n=3	100,0%	-
		vrouwen	n=8	62,5%	12,5%
		m + v	n=11	72,7%	9,1%
	65-79 jr.	mannen	n=24	75,0%	8,3%
		vrouwen	n=15	33,3%	26,7%
		m + v	n=39	58,9%	15,4%
	80 jr. en ouder	mannen	n=9	55,5%	-
		vrouwen	n=6	66,7%	-
		m + v	n=15	60,0%	-
patiënten met ziekten van de tr. urogenitalis	0-64 jr.	mannen	n=3	33,3%	-
		vrouwen	n=8	37,5%	25,0%
		m + v	n=11	36,4%	18,2%
	65-79 jr.	mannen	n=19	57,9%	21,1%
		vrouwen	n=31	41,9%	22,6%
		m + v	n=50	48,0%	22,0%
	80 jr. en ouder	mannen	n=26	42,3%	7,7%
		vrouwen	n=35	42,9%	28,6%
		m + v	n=61	42,6%	19,7%
patiënten met psychische stoornissen	0-64 jr.	mannen	n=1	100,0%	-
		vrouwen	n=3	33,3%	66,7%
		m + v	n=4	50,0%	50,0%
	65-79 jr.	mannen	n=10	80,0%	-
		vrouwen	n=22	50,0%	13,6%
		m + v	n=32	59,4%	9,4%
	80 jr. en ouder	mannen	n=16	50,0%	6,3%
		vrouwen	n=32	43,8%	3,1%
		m + v	n=48	45,8%	4,2%

Tabel 8.14: Het percentage overleden en het percentage wegens "toestand verbeterd" ontslagen patiënten, onderscheiden naar leeftijds-, gezinsverband- en scorecategorieën.

		0 - 64 jaar		65 - 79 jaar		80 jaar en ouder		alleen-wonend	niet alleenwo-nend
		alleen-wonend	niet alleenwo-nend	alleen-wonend	niet alleenwo-nend	alleen-wonend	niet-alleen-wonend		
0-61	n= overleden ontslagen	6 - 66,7%	10 10,0% 80,0%	21 9,5% 62,0%	16 12,5% 50,0%	12 8,3% 41,7%	6 - -	39 7,7% 56,4%	32 9,4% 50,0%
62-109	n= overleden ontslagen	3 33,3% 66,7%	13 23,3% 30,8%	24 16,6% 54,2%	35 34,3% 34,3%	16 18,7% 43,8%	11 36,7% 36,7%	43 18,6% 51,2%	59 32,2% 33,9%
110-169	n= overleden ontslagen	3 33,3% -	10 50,0% 20,0%	21 47,7% 19,0%	31 51,7% 16,1%	23 52,2% 21,7%	27 30,8% 3,8%	47 48,9% 19,1%	68 42,6% 11,8%
170 en meer	n= overleden ontslagen	- - -	8 75,0% -	6 16,7% -	33 75,8% 3,0%	10 90,0% -	19 78,9% -	16 62,5% -	60 76,7% 1,7%
totaal	n= overleden ontslagen	12 16,7% 50,0%	41 36,6% 34,1%	72 23,6% 41,6%	115 47,8% 22,6%	61 41,0% 27,9%	63 42,9% 7,9%	145 30,3% 36,6%	219 44,3% 20,5%

8.11 Samenvatting

In de voorgaande paragrafen hebben wij getracht een antwoord te vinden op de in paragraaf 2.11 gestelde vragen betreffende de prognose en de situatie een half jaar na de opname.

Bij het patiëntenbestand verwachtten wij dat na een half jaar 12,5% van de patiënten ontslagen, 9,4% overleden en 78,0% nog opgenomen zou zijn. In werkelijkheid waren deze percentages 9,0, 21,2 en 69,8.

Bij de nieuw opgenomen patiënten werd de prognose ontslag bij 42,3%, overlijden bij 24,2% en nog opgenomen bij 33,5% van de patiënten gesteld. In werkelijkheid was na een half jaar 34,3% van de patiënten ontslagen, 38,7% overleden en 26,9% nog opgenomen.

Bij de meerderheid van de patiënten is de feitelijke situatie na een half jaar in overeenstemming met de prognose : de prognose was juist bij ongeveer 80% van het patiëntenbestand en bij ongeveer 70% van de nieuw opgenomen patiënten.

Een half jaar na de opname waren 125 patiënten ontslagen. Van deze ontslagen patiënten werden er 98 wegens verbetering van hun conditie ontslagen, 11 op eigen verzoek en 16 wegens einde vakantie. Een klein aantal van de 98 gereactiveerde patiënten was nog enigszins verpleegbehoefstig, een groter aantal had een meer dan normale begeleidingsbehoefte, terwijl bij 40 patiënten verdere fysiotherapeutische behandeling nodig of gewenst was.

De verpleeg- en begeleidingsbehoefte van de 98 patiënten die na een half jaar nog opgenomen waren, waren geringer, de behoefte aan fysiotherapie was groter dan van het patiëntenbestand. Bij 31 patiënten werd alsnog een verbetering van de conditie verwacht. Bij 7 patiënten was er geen indicatie (meer). Van 18 patiënten werd verwacht, dat zij binnen het volgende half jaar nog ontslagen zouden kunnen worden.

Een half jaar na de opname waren 99 patiënten voldoende gereactiveerd. Van 9 andere patiënten mocht verwacht worden dat de reactivering alsnog zou slagen. Op een totaal van 334 patiënten (vakantie-patiënten, op eigen verzoek ontslagen patiënten en patiënten zonder opname-indicatie niet meegerekend) betekent dit dat bijna een derde van de nieuw opgenomen patiënten gereactiveerd kan worden.

Wat betreft de factoren die invloed hebben op de situatie na een half jaar, konden wij aannemelijk maken dat de situatie na een half jaar

- voor vrouwen gunstiger is dan voor mannen.
 - voor alleenwonenden gunstiger is dan voor niet-alleenwonenden.
 - bij een geringe hulpbehoefte gunstiger is dan bij een grotere hulpbehoefte.
 - voor patiënten met maligne neoplasmata of met psychische stoornissen ongunstiger is dan voor andere patiënten.
- Wij konden voorts aantonen dat deze verbanden grotendeels onafhankelijk van elkaar bestaan. Er kon geen verband tussen leeftijdscategorie en situatie na een half jaar aangetoond worden, wanneer de bovengenoemde factoren (geslacht, gezinsverbandcategorie, scorecategorie en aan-doening) gelijk waren.

Bemoeilijkt ontslag van bejaarden in ziekenhuizen (WELTEN, 1968) is bij vrouwen frequenter dan bij mannen, bij niet-alleenwonende frequenter dan bij alleenwonende bejaarden en bij psychisch gestoorde frequenter dan bij psychisch normalen. Deze bevindingen zijn in overeenstemming met de onze.

Verder bleek in het onderzoek van WELTEN dat in de hogere leeftijds-categorieën het ontslag uit het ziekenhuis moeilijker is dan in de lagere. Wij menen in ons onderzoek aannemelijk gemaakt te hebben dat het niet de leeftijd op zich is maar dat het andere - met de leeftijd samenhangende -factoren zijn die het ontslag bemoeilijken.

SLOTBESCHOUWING

Heeft ons onderzoek aan zijn doel beantwoord? Welke betekenis kunnen de uitkomsten hebben voor het functioneren van verpleegtehuizen in onze samenleving?

Onze patiënten zijn niet representatief voor verpleegtehuispatiënten in het algemeen. Sommige uitkomsten berusten op persoonlijke interpretatie van de onderzoeker, andere zijn gebonden aan de situatie in ons verpleegtehuis, met name aan het opnamebeleid, terwijl weer andere afhankelijk zijn van de gebruikte onderzoeksmethode. Toch menen wij dat er, ten aanzien van een aantal conclusies, geen argumenten zijn om aan de algemene geldigheid te twijfelen.

Het gebruikte schema voor de registratie van de hulpbehoefte van de patienten voldeed goed. Het is niet gebleken, dat er vormen van hulpbehoefte zijn die niet in ons schema onder te brengen zijn. Uiteraard doelen wij hier niet op vormen van hulpbehoefte waarin buiten het verpleegtehuis voorzien kan worden. Wij menen dat ons schema bruikbaar is ter vaststelling van de noodzaak tot opname in een verpleegtehuis. Tijdelijke huishoudelijke invaliditeit kan in ons schema niet vastgesteld worden. Er zijn echter argumenten om ook deze vorm van hulpbehoefte als opname-indicatie te aanvaarden (zie paragraaf 2.6).

De waardering van de mate van hulpbehoefte in punten of in minuten achten wij niet nodig voor de bepaling van de noodzaak tot opname of ter bepaling van de urgentie voor opname. Wij hebben deze waarderingsystemen uitsluitend gebruikt om eventuele verbanden tussen de hulpbehoefte en de andere gegevens van de patiënten op te sporen.

Verreweg de meeste patienten worden opgenomen c.q. verblijven in ons verpleegtehuis wegens verpleegbehoefte al dan niet gecombineerd met begeleidingsbehoefte. Degene die uitsluitend tijdelijke huishoudelijke invaliditeit of uitsluitend begeleidingsbehoefte als opname-indicatie hebben, vormen een kleine minderheid. Deze gegevens berusten niet op een meting van de hulpbehoefte doch op onze beoordeling van de hulpbehoefte.

Er is meningsverschil over de vraag of hulpbehoefte bij zich kleden en zich wassen wel als opname-indicatie aangemerkt moet worden. Anders gezegd: is hulpbehoefte bij zich kleden en zich wassen bij een overigens zelfstandige patiënt een reden tot opname c.q. verblijf in een verpleegtehuis? Wanneer deze vraag ontkennend beantwoord wordt, dan zal thuis of in een verzorgingstehuis voldoende hulp aanwezig moeten zijn om de patiënt bij deze A.D.L.-functies te helpen.

Bij de beoordeling van de begeleidingsbehoefte hebben wij de vraag of de benodigde hulp thuis redelijkerwijze geboden zou kunnen worden, als criterium gehanteerd. Deze beoordeling berust op het bestaande systeem van medische en verpleegkundige hulpverlening thuis. Men kan zich afvragen of, bij uitbreiding van dit "eerste échelon" van de gezondheidszorg, een aantal onderdelen van de begeleidingsbehoefte die wij als "thuis niet mogelijk" aangemerkt hebben, dan thuis wel mogelijk zullen blijken te zijn.

Dat de mogelijkheden van hulpverlening in het eigen milieu van invloed zijn op de wens tot opname, blijkt uit het feit, dat alleenwonenden gemiddeld met een aanmerkelijk geringere hulpbehoefte opgenomen worden dan niet-alleenwonenden. Wanneer de mogelijkheden van de thuisgezondheidszorg groter zouden zijn dan zij heden zijn, zou een

deel van de opnamen niet nodig zijn en zou een - waarschijnlijk nog groter - deel van het patiëntenbestand naar huis kunnen terugkeren. Wij moeten hierbij wel bedenken dat factoren als eenzaamheid en slechte onderlinge verstandhouding thuis - zaken die in dit onderzoek niet aan de orde zijn geweest - ook van invloed zijn bij de opname en bij het ontslag. Ook dit zijn facetten waaraan bij een uitbreiding van de thuisgezondheidszorg aandacht besteed moet worden.

Wij konden aantonen dat de gemiddelde hulpbehoefte van de nieuw opgenomen patiënten aanzienlijk groter is dan van het patiëntenbestand. Hieruit volgt dat het niet juist is de personeelsbezetting in verpleegtehuizen uitsluitend te baseren op het aantal bezette bedden.

Van de nieuw opgenomen patiënten in ons verpleegtehuis bleek circa een derde deel zover reactiveerbaar te zijn dat zij ontslagen konden worden. Dit aantal is afhankelijk van het opnamebeleid. Wanneer bij de opname de voorkeur gegeven wordt aan reactiveerbare patiënten, dan zal een groter deel van de patiënten ontslagen kunnen worden. Is er een lange wachttijd voor de opname, dan zullen vooral patiënten die voor langdurige verpleging komen, opgenomen worden, omdat de terminale patiënten vaak gedurende de wachttijd overlijden en de reactiveringspatiënten op andere wijze geholpen worden, bijvoorbeeld klinisch of poliklinisch in een ziekenhuis.

Vrijwel alle patiënten kunnen in een beperkt aantal A.D.L.-niveaux ondergebracht worden. Mogelijk kan dit bij wetenschappelijk onderzoek van betekenis zijn. Te denken valt hierbij aan relaties tussen bepaalde combinaties van A.D.L.-stoornissen en bepaalde ziektebeelden. Praktische betekenis van de A.D.L.-niveaux bij de opname of bij de verdere verpleging of behandeling van de patiënten zien wij niet. Wel is het van belang dat de verpleegbehoefte aan de hand van een beperkt aantal functies vastgesteld of uitgesloten kan worden.

Een van de oorzaken dat er in verpleegtehuizen in verhouding tot de gehele bevolking meer vrouwen dan mannen opgenomen c.q. verpleegd worden, is een hogere frequentie bij vrouwen in vergelijking met mannen van aandoeningen van het bewegingsapparaat. Mer kan zich afvragen of de invaliditeit als gevolg van deze aandoeningen niet beperkt kan worden door maatregelen als bejaardengymnastiek en fysiotherapie. Het is nu vaak zo, dat de invaliditeit onbehandeld blijft, totdat deze zo ernstig is, dat opname in een verpleegtehuis nodig is.

Het is merkwaardig dat ook bij patiënten met gelijke leeftijdscategorie, gelijke gezinsverbandcategorie (alleenwoner of niet-alleenwoner), gelijke scorecategorie of met aandoeningen uit dezelfde groep, vrouwen meestal een gunstiger ziekteverloop hebben dan mannen. Evenzeer merkwaardig is het dat er geen duidelijke relatie is tussen de leeftijdscategorieën en het ziekteverloop, wanneer de scorecategorie gelijk is.

De situatie na een half jaar is voor gewezen alleenwonenden steeds gunstiger dan voor gewezen niet-alleenwonenden. Deze relatie is onafhankelijk van geslacht, leeftijds-, gezinsverband- en scorecategorieën en onafhankelijk van de aandoeningen. Het is mogelijk dat niet-alleenwonenden in vergelijking met alleenwonenden minder vaak ontslagen worden, omdat degenen met wie zij samenwonen, zich tegen het ontslag verzetten.

Wij hopen door ons onderzoek bijgedragen te hebben tot de kennis van de aard van de hulpbehoefte van verpleegtehuispatiënten, van de opnameindicaties en van de persoonlijke en maatschappelijke factoren die op de opname en op het ziekteverloop van invloed zijn.

SAMENVATTING

De opvatting over de taak van het verpleegtehuis heeft zich in de afgelopen jaren in die zin gewijzigd dat niet alleen verpleging, maar ook een op verbetering van de conditie gerichte medische en paramedische behandeling een wezenlijk onderdeel van de hulpverlening geworden is. Wij hebben het verpleegtehuis dan ook gedefinieerd als "een instelling van gezondheidszorg, bestemd voor patiënten die, als gevolg van ziekte, een zodanig conditiedefect hebben, dat zij verpleging, paramedische behandeling en (of) een voortdurende medische begeleiding nodig hebben, die hen thuis niet gegeven kan worden".

In de landelijke verpleegtehuisenquêtes van 1964 en 1970 werd geen aandacht besteed aan de nieuw opgenomen patiënten. Deze laatsten kunnen op grond van hun prognose in drie categorieën verdeeld worden: 1. patiënten die een kortdurende verpleging nodig hebben, meestal ter reactivering, 2. patiënten die terminale hulp behoeven, 3. patiënten die voor langdurige verpleging opgenomen worden. De laatste categorie vormt de meerderheid bij het patiëntenbestand, terwijl de twee eerstgenoemde categorieën bij de nieuw opgenomen patiënten overwegen. Bij een momentopname van het patiëntenbestand komen de terminale en de reactiveringspatiënten onvoldoende naar voren. Een van de doeleinden van ons onderzoek was de verschillen tussen het patiëntenbestand en de nieuw opgenomen patiënten te bestuderen, voornamelijk met betrekking tot de aard en de omvang van de hulpbehoefte.

De hulp die in verpleegtehuizen geboden wordt, kan onderscheiden worden in:

- A. de verpleging in engere zin waaronder wij verstaan:
 - 1. de hulpverlening bij de activiteiten van het dagelijks leven (A.D.L.),
 - 2. de hulpverlening bij het zich voortbewegen,
 - 3. de hulpverlening voortkomend uit bedlegerigheid.
- B. de fysiotherapeutische behandeling
- C. de medische en verpleegkundige begeleiding die wij onderverdeeld hebben in:
 - 1. bezoek van arts,
 - 2. gebruik van medicamenten,
 - 3. laboratoriumonderzoek,
 - 4. dieetvoorschrift,
 - 5. parenterale vochttoediening,
 - 6. toezicht wegens een psychische stoornis,
 - 7. overige begeleidingsbehoefte.

Analoog aan het voorafgaande kan bij de hulpbehoefte van de patient onderscheid gemaakt worden tussen:

- A. verpleegbehoefte
- B. behoefte aan fysiotherapie
- C. begeleidingsbehoefte

Onder de A.D.L. verstaan wij de verrichtingen die nodig zijn voor de dagelijkse verzorging van het eigen lichaam. Verscheidene onderzoekers hebben getracht de A.D.L.-functies terug te brengen tot een zo klein mogelijk aantal en wel zodanig dat andere dan de benoemde A.D.L.-functies besloten zijn in dit beperkte aantal. Er zijn aanwijzingen dat een

vijftal A.D.L.-functies namelijk : zich kleden, toilet gebruiken, zich wassen, continentie voor urine en ontlasting en zelfstandig eten, alle andere A.D.L.-functies insluiten. Dat wil zeggen, dat iemand die deze vijf functies zelfstandig kan uitvoeren, voor de verzorging van zijn lichaam niet van anderen afhankelijk is. Wij hebben in dit onderzoek nagegaan of er patiënten waren die in deze vijf A.D.L.-functies ongestoord waren, en die toch bij de verzorging van hun lichaam hulp nodig hadden. Zoals in paragraaf 2.3.1 uiteengezet is rekenen wij het baden niet tot de A.D.L.

Het onderzoek van LEERING (1968) maakt het waarschijnlijk, dat de A.D.L.-functies in een volgorde van afnemende moeilijkheid gerangschikt kunnen worden. Een onvermogen tot het uitvoeren van een van de A.D.L.-functies zou dan vaak een onvermogen voor de voorgaande moeilijkere activiteiten inhouden. Voorts bleek in het onderzoek van LEERING dat er een aantal combinaties van A.D.L.-stoornissen zijn die vaak voorkomen. De vragen naar het vermogen van de patient zich te wassen en van het toilet gebruik te maken zijn in het onderzoek van LEERING door de respondenten waarschijnlijk niet steeds goed begrepen. Dit was voor ons een reden de structuur van de A.D.L.-stoornissen nader te bestuderen.

Verpleegbehoefte en begeleidingsbehoefte kunnen als opname-indicatie gelden. Behoefte aan fysiotherapie op zich is geen opname-indicatie, omdat fysiotherapie poliklinisch gegeven kan worden. Wij menen dat - behalve bovengenoemde indicaties - nog een derde indicatie onderkend moet worden : het komt geregeld voor dat huisartsen of specialisten opname verzoeken voor patienten die, als gevolg van ziekte, tijdelijk huishoudelijk invalide zijn, maar niet verpleeg- of begeleidingsbehoefteig. Het betreft in het algemeen alleenstaande bejaarden. Zouden deze patienten niet opgenomen worden, maar thuis blijven c.q. vanuit het ziekenhuis naar huis gaan, dan zouden zij volledige huishoudelijke hulp nodig hebben. Omdat deze schaars is, maar vooral omdat in het verpleegtehuis, beter dan thuis, een op herstel van de validiteit gerichte behandeling gegeven kan worden, is in deze gevallen opname gewenst.

Wij komen zo dus tot drie opname-indicaties:

1. verpleegbehoefte
2. begeleidingsbehoefte
3. tijdelijke huishoudelijke invaliditeit

Wij hebben nagegaan of er behalve deze nog andere opname-indicaties zijn.

Zijn andere dan medische factoren bij de opname in verpleegtehuizen van invloed? Hierbij valt te denken aan: leeftijd, geslacht, sociaal-economisch milieu, gezinsverband, woonsituatie, aantal kinderen en burgerlijke staat. Niet alleen bij de opname, maar ook bij het verdere ziekteverloop kunnen deze factoren een rol vervullen. De invloed van bovengenoemde persoonlijke en maatschappelijke gegevens op de opname en op het ziekteverloop te bestuderen, was het belangrijkste doel van ons onderzoek.

Het onderzoek betrof:

- de 364 patienten die tussen 1 april 1968 en 31 maart 1969 in het verpleegtehuis Antonius-Binnenweg te Rotterdam opgenomen werden. Van hen werden met behulp van formulier A.1 (bijlage I) geregistreerd:
 - een aantal persoonlijke en maatschappelijke gegevens,

- gegevens betreffende de hulpbehoefte,
- de aandoeningen die de hulpbehoefte veroorzaakten,
- het verwachte en het werkelijke ziekteverloop gedurende het eerste half jaar na de opname.
- de 125 van deze 364 patiënten die binnen een half jaar ontslagen werden. Van deze patiënten noteerden wij de hulpbehoefte bij het ontslag en de reden van ontslag (formulier A.2; bijlage II).
- de 98 van deze 364 patiënten die na een half jaar nog in het verpleegtehuis verbleven. Van deze patiënten werden de hulpbehoefte, de aandoeningen, de reden van verder verblijf en de prognose geregistreerd (formulier A.3; bijlage III).
- het patiëntenbestand: de 255 patiënten die medio december 1968 in het verpleegtehuis verbleven. De gegevens die van deze 255 patiënten verzameld werden, komen grotendeels overeen met die van de nieuw opgenomen patiënten, met uitzondering van enkele gegevens, die wij voor het patiëntenbestand niet relevant achtten (formulier B; bijlage IV).

Teneinde de hulpbehoefte gemakkelijker te kunnen vergelijken met de andere gegevens hebben wij de onderscheiden onderdelen van de hulpbehoefte van een waardering voorzien (zie hoofdstuk 6). Wij hebben hierbij van twee verschillende waarderingssystemen gebruik gemaakt, namelijk:

- een systeem waarbij op grond van de geschatte zwaarte van de hulpverlening, aan de diverse vormen van hulpbehoefte een aantal punten toegekend werd,
- een systeem waarbij door vier verpleegtehuisartsen - waaronder de schrijver dezes - onafhankelijk van elkaar bepaald werd, hoeveel tijd voor de onderscheiden vormen van hulpverlening nodig is. Uiteindelijk kregen de verschillende facetten van de hulpbehoefte als waardering het rekenkundig gemiddelde van het aantal minuten dat door de vier artsen was toegekend.

In het verloop van het onderzoek bleek het minutensysteem beter te voldoen dan het puntensysteem, omdat bij het eerstgenoemde systeem verschillen vaker en duidelijker tot uiting kwamen.

De patiënten werden op grond van het totaal aantal gescoorde minuten voor alle vormen van hulpbehoefte tesamen, in vier scorecategorieën ingedeeld, namelijk van 0-61, 62-109, 110-169 en van 170 en meer minuten. Deze verdeling werd zo gekozen omdat op de grenzen tussen deze categorieën de grootste hiaten in de frequentieverdeling waren.

Van de nieuw opgenomen patiënten is 38,7% van het mannelijk en 61,3% van het vrouwelijk geslacht. Bij het patiëntenbestand zijn de overeenkomstige percentages 26,7 en 73,3. Van de nieuw opgenomen patiënten is 14,6% jonger dan 65 jaar en 34,0% ouder dan 80 jaar. Voor het patiëntenbestand zijn de overeenkomstige percentages 19 en 40 (tabel 4.1 en tabel 4.2). De gemiddelde leeftijd van de nieuw opgenomen patiënten is 74,3 jaar en van het patiëntenbestand 73,9 jaar.

Van de nieuw opgenomen patiënten is 42% gehuwd, 48% in de weduwstaat of gescheiden en 10% ongehuwd. Voor het patiëntenbestand zijn deze percentages 19, 55 en 26 (tabel 4.3). Kinderloos is 40,4% van het patiëntenbestand en 29,4% van de nieuw opgenomen patiënten (tabel 4.4). 39,8% Van de nieuw opgenomen patiënten woont alleen, 36,3% woont samen met zijn (haar) echtgeno(o)t(e), 12,1% met kinderen en 11,8% met anderen (tabel 4.5).

45,9% Van de nieuw opgenomen patiënten is ongeschoold, 53,3% is geschoold. 53,8% Van de nieuw opgenomen patiënten heeft een beneden-

woning of een étagewoning met lift, de overigen hebben een étagewoning zonder lift. De laatste verblijfplaats vóór de opname in het verpleegtehuis is voor 37% van de nieuw opgenomen patiënten het ziekenhuis, 59% komt rechtstreeks van huis, 2% uit een verzorgingstehuis en 2% uit een ander verpleegtehuis. Bij het patiëntenbestand zijn deze percentages 38, 47, 10 en 5 (tabel 4.7). Van de nieuw opgenomen patiënten heeft 52% recent een specialistische behandeling ondergaan. Bij 22,4% van het patiëntenbestand en bij 21,4% van de nieuw opgenomen patiënten is een toekomstige medische of maatschappelijke omstandigheid aanleiding tot de opname (tabel 4.9).

A.D.L.-stoornissen zijn bij de nieuw opgenomen patiënten frequenter dan bij het patiëntenbestand evenals voortbewegingsstoornissen en bedlegerigheid. Van de nieuw opgenomen patiënten kan 65,9% zich in het geheel niet voortbewegen, terwijl 28,6% bedlegerig is. Bij het patiëntenbestand zijn deze percentages 44,3 en 14,5. Het verschil tussen het patiëntenbestand en de nieuw opgenomen patiënten met betrekking tot de onderdelen van de begeleidingsbehoefte is wisselend. In zijn geheel lijkt de begeleidingsbehoefte van de nieuwe patiënten groter dan van het bestand (tabel 4.10 en 4.11). Ook de behoefte aan fysiotherapie is bij de nieuw opgenomen patiënten aanzienlijk groter dan bij de patiënten van het bestand (tabel 4.14).

De aandoeningen die het meest frequent oorzaak zijn van de verpleegbehoefte zijn arthrosis deformans, cerebrovasculair accident en insufficiëntia cordis. Als oorzaak van begeleidingsbehoefte komen insufficiëntia cordis, dementie en urineweginfecties het meeste voor. Bij het patiëntenbestand zijn ziekten van het bewegingsapparaat, psychische stoornissen en stoornissen van de zintuigen duidelijk frequenter, maligne neoplasmata en ziekten van de tracta circulatorius, urogenitalis, respiratorius en digestivus duidelijk minder frequent dan bij de nieuw opgenomen patiënten (tabel 4.15 en tabel 4.16).

Van de nieuwe patiënten werd 35,2% opgenomen wegens verpleegbehoefte, 51,1% wegens verpleegbehoefte plus begeleidingsbehoefte, 7,7% wegens tijdelijke huishoudelijke invaliditeit, 2,7% wegens begeleidingsbehoefte en 2,5% wegens begeleidingsbehoefte plus tijdelijke huishoudelijke invaliditeit. Bij het patiëntenbestand waren de overeenkomstige percentages 29,8, 52,2, 4,3, 11,4 en 1,6. Er waren geen andere indicaties voor opname of voortzetting van het verblijf.

Als langdurig ziek werd 78,0% van het patiëntenbestand en 33,5% van de nieuw opgenomen patiënten aangemerkt, ontslag werd waarschijnlijk geacht bij 12,5% resp. 42,3% en overlijden binnen een half jaar bij 9,4% resp. 24,2%. Na een half jaar werd van het patiëntenbestand 69,8% en van de nieuwe opnamen 26,9% nog verpleegd, 9,0% resp. 34,3% was ontslagen en 21,2% resp. 38,7% was overleden (tabel 4.18).

Het patiëntenbestand verschilt van de nieuw opgenomen patiënten op de volgende punten: bij het patiëntenbestand zijn meer vrouwen, meer jonge patiënten en meer ongehuwden. De hulpbehoefte van het patiëntenbestand is aanzienlijk geringer dan van de nieuw opgenomen patiënten. Er zijn verschillen met betrekking tot de frequentie van een aantal aandoeningen. Het aantal mutaties door overlijden en ontslag is bij het patiëntenbestand veel geringer dan bij de nieuw opgenomen patiënten.

De volgorde waarin wij de A.D.L.-functies geplaatst hebben (zich kleden, toilet gebruiken, zich wassen, continëntie, eten) blijkt zodanig te zijn, dat stoornissen in deze volgorde in frequentie afnemen. Wij menen dat deze volgorde ook een volgorde van afnemende moeilijkheid

is omdat het niet aannemelijk is, dat moeilijk uit te voeren functies minder vaak gestoord zijn dan gemakkelijk uitvoerbare. Er blijken een beperkt aantal vaste combinaties van A.D.L.-stoornissen te zijn. In ons onderzoek konden alle patiënten met betrekking tot de A.D.L.-stoornissen in zestien groepen ondergebracht worden (tabel 5.1). Wanneer een stoornis onbenoemd blijft, kan het aantal groepen tot vijf gereduceerd worden (tabel 5.2). Men kan hierbij spreken van A.D.L.-niveaux.

De vraag of andere dan medische factoren bij de opname een rol vervullen, hebben wij getracht te beantwoorden door na te gaan of patiënten die verschillen in persoonlijke en maatschappelijke kenmerken, ook verschillen in mate van hulpbehoefte. Gebleken is, dat patiënten die onderling verschillen met betrekking tot burgerlijke staat, kindertal en gezinsverband ook verschillen in de mate van hulpbehoefte, in die zin, dat wanneer deze factoren gunstig zijn, de hulpbehoefte bij opname groter is dan wanneer deze factoren ongunstig zijn (tabel 7.1, tabel 7.2 en tabel 7.3). Het gezinsverband lijkt hierbij doorslaggevend te zijn (zie paragraaf 7.1).

De hulpbehoefte gemeten in minuten neemt toe met de leeftijd, met als uitzondering de leeftijdscategorieën van 60 tot 75 jaar waarin de hulpbehoefte vrijwel constant blijft (tabel 7.3).

Om na te gaan of de factoren die samenhangen met de hulpbehoefte bij opname, deze samenhang onafhankelijk van elkaar vertonen, hebben wij de leeftijdscategorieën teruggebracht tot 3, namelijk 0-64 jaar, 65-79 jaar en 80 jaar en ouder en de gezinsverbandcategorieën tot 2, namelijk alleenwonend en niet-alleenwonend. Uit tabel 7.4 blijkt dat de relatie tussen de gezinsverbandcategorieën en de hulpbehoefte bij opname onafhankelijk is van de leeftijdscategorieën.

Bij de nieuw opgenomen patiënten in ons verpleegtehuis zijn de vrouwen oververtegenwoordigd in vergelijking met de geslachtsverhouding in de bevolking. Wij hebben aannemelijk gemaakt dat het feit dat vrouwen vaker ongehuwd, kinderloos en alleenwonend zijn dan mannen een van de oorzaken is van hun oververtegenwoordiging. Een andere verklaring kan gevonden worden in de hogere morbiditeit van vrouwen in vergelijking met mannen. Dit verschil is er vooral bij aandoeningen van het bewegingsapparaat en psychische stoornissen, die beide bij vrouwen frequenter zijn dan bij mannen. Omdat deze aandoeningen bij de nieuw opgenomen patiënten vaak voorkomen (tabel 7.8) is het aannemelijk dat deze morbiditeitsverschillen de oververtegenwoordiging van vrouwen mede veroorzaken.

In het voorafgaande noemden wij de percentages voor de prognose en voor de situatie na een half jaar van de nieuw opgenomen patiënten en van het patiëntenbestand.

Bij het patiëntenbestand is de prognose vaker dan bij de nieuw opgenomen patiënten in overeenstemming met de situatie na een half jaar. De prognoses "zal na een half jaar nog opgenomen zijn" en "zal binnen een half jaar overlijden" zijn bij het patiëntenbestand vaker in overeenstemming met de werkelijkheid dan de prognose "zal binnen een half jaar ontslagen zijn" (tabel 8.1). Bij de opnamen zijn de prognoses "ontslag" en "overlijden" bij ongeveer drie vierde van de patiënten juist (tabel 8.2).

Na een half jaar waren 94 van de nieuw opgenomen patiënten na geslaagde reactivering ontslagen en 98 nog opgenomen. Van laatstgenoemden

mocht verwacht worden dat nog eens 14 patiënten gereactiveerd en ontslagen zouden kunnen worden, waarmee dan het totaal aan gereactiveerde patienten op 108 zou komen. Dit is circa een derde deel van de nieuw opgenomen patienten, indien "variantiepatienten", patienten die op eigen verzoek naar huis gingen en patienten zonder opname-indicatie buiten beschouwing gelaten worden (zie paragraaf 8.9).

De situatie na een half jaar is voor vrouwen gunstiger dan voor mannen. Voor degenen die samenwonen met echtgeno(o)t(e) of met kinderen, voor gehuwden en voor patiënten met kinderen is de situatie na een half jaar minder gunstig dan voor de overige patienten (tabel 8.7). Jonge patienten hebben een gunstiger ziekteverloop dan oudere (tabel 8.8), evenals patienten met een geringe hulpbehoefte in vergelijking met patienten met een grotere hulpbehoefte (tabel 8.9). Ook de aard van de aandoeningen beïnvloedt het ziekteverloop (tabel 8.10).

Wat vrouwen een gunstiger ziekteverloop hebben dan mannen lijkt niet afhankelijk te zijn van de leeftijd (tabel 8.11), het gezinsverband (tabel 8.12), de mate van hulpbehoefte (tabel 8.11) of de aard van de aandoening (tabel 8.13). De samenhang tussen de leeftijd en het ziekteverloop is niet aanwezig bij patienten met dezelfde hulpbehoefte-categorie (tabel 8.14). Waarschijnlijk hangt het ongunstiger ziekteverloop van de oudere patienten samen met de grotere gemiddelde hulpbehoefte en niet met de leeftijd als zodanig. Alleenwonenden hebben, ook wanneer geslacht (tabel 8.12), leeftijdscategorie plus hulpbehoefte-categorie (tabel 8.14) en aard van de aandoening plus leeftijdscategorie (tabel 8.10) gelijk zijn, een gunstiger ziekteverloop dan niet-alleenwonenden. Deze samenhang lijkt dus onafhankelijk te zijn van andere kenmerken, met name van de lagere gemiddelde hulpbehoefte van alleenwonenden in vergelijking met niet-alleenwonenden.

De situatie na een half jaar is in de hogere hulpbehoefte-categorieën ongunstiger dan in de lagere. Dit geldt ook voor mannen en vrouwen afzonderlijk (tabel 8.11) en eveneens bij gelijke gezinsverbandcategorie plus leeftijdscategorie (tabel 8.14). Patientien met maligne neoplasmata en patienten met psychische stoornissen hebben ook wanneer geslacht plus leeftijdscategorie (tabel 8.13) resp. gezinsverbandcategorie plus leeftijdscategorie (tabel 8.10) gelijk zijn, een ongunstiger ziekteverloop dan patienten met andere aandoeningen.

In een slotbeschouwing hebben wij gezegd dat het door ons gebruikte schema voor de registratie van de hulpbehoefte bruikbaar is om de noodzaak tot opname in een verpleegtehuis vast te stellen. Wij bedoelen hiermee niet dat iemand bij wie hulpbehoefte in een van de door ons onderscheiden onderdelen vastgesteld is, opgenomen kan of moet worden in een verpleegtehuis. Men moet zich afvragen of de betreffende hulpverlening thuis of in een verzorgingstehuis mogelijk is of mogelijk zou moeten zijn.

Het feit dat alleenwonenden gemiddeld met een geringere hulpbehoefte opgenomen worden dan niet-alleenwonenden wijst erop dat uitbreiding van de thuisgezondheidszorg een vermindering van het aantal opnamen en een toename van het aantal ontslagenen met zich mee zou brengen. Het met oefentherapie vroegtijdig behandelen van aandoeningen van het bewegingsapparaat zou een methode te meer kunnen zijn om het aantal opnamen in verpleegtehuizen te beperken.

Verder hebben wij in onze slotbeschouwing gewezen op enkele merkwaaardige relaties:

- de situatie na een half jaar is bij vrouwen gunstiger dan bij mannen, onafhankelijk van een aantal relevante kenmerken.
- binnen de onderscheiden hulpbehoefte-categorieën is er geen samenhang tussen de leeftijdscategorieën en de situatie na een half jaar.
- de patiënten die vóór de opname alleenwonend waren, hebben een gunstiger ziekteverloop dan de andere patiënten, onafhankelijk van een aantal andere relevante kenmerken.

SUMMARY

In recent years opinion about the task of the nursing-home has changed to the extent that medical and paramedical treatment to improve the patient's condition have come to be considered as much an essential part of the service provided as the nursing itself. That is why we have defined the nursing-home as "a health institution, intended for patients whose condition, as a result of illness, is so dependent that they require nursing, paramedical treatment and (or) constant medical attention, none of which can be provided at home".

In the national nursing-home surveys of 1964 and 1970 no attention was paid to the group of newly admitted patients. These can be classified into three categories on the basis of their prognosis:

1. patients needing short-term care, mostly to be rehabilitated,
2. patients needing terminal care,
3. patients requiring long-term care.

This last group constitutes the majority of the beds occupied, whereas the first two categories are predominant on admission. A random sample of nursing-home patients will not do full justice to terminal and short-term patients. One of the aims of this study was to examine the differences between resident patients and newly admitted patients, chiefly with regard to the nature and extent of the patient's dependency.

The care provided in nursing-homes can be distinguished as follows:

- A. nursing-care in a more narrow sense:
 1. A.D.L. assistance
 2. helping patients move from one place to another
 3. assisting patients who are confined to bed
- B. physiotherapeutical treatment
- C. "constant medical care" which we have subdivided into:
 1. visiting patients by physician
 2. administering medicine
 3. laboratory testing
 4. prescription of diets
 5. parenteral administration of liquid
 6. providing special care for patients suffering from mental disorders
 7. other forms of dependency

On the analogy of this, dependency can be distinguished as:

- A. nursing care dependency
- B. physiotherapeutic dependency
- C. "constant medical care" dependency

The term A.D.L. refers to the activities involved in daily self-care. Some researchers have attempted to reduce the A.D.L.-functions to as small a number as possible by including other A.D.L.-functions than those listed, in the reduced number. There are indications that the following five A.D.L.-functions: dressing, using the lavatory, washing, continence for urine and faeces and eating without help, include all other A.D.L.-functions. This implies that anyone who is capable of carrying out these functions unaided, is not dependent on others for the care of his body. We have examined in this study if there were patients who had no difficulty in carrying out these functions independently and yet were in need of assistance for the care of their bodies. As has been explained in 2.3.1 we do not consider bathing to constitute one of the A.D.L.-functions.

From LEERING's study (1968) it appears likely that the A.D.L.-functions can be classified in order of decreasing difficulty. Inability to carry out one of the A.D.L.-functions would then frequently imply inability to perform any of the preceding and more difficult A.D.L.-functions. LEERING also found that there are a number of combinations of A.D.L. disorders that occur frequently. The questions relating to the patient's ability to wash and make use of lavatory have probably not always been properly understood by the respondents in LEERING's study. This led us to undertake a closer investigation of the structure of A.D.L. disorders.

Nursing care dependency and "constant medical care" dependency can be indications for admission. Physiotherapeutic dependency as such is no indication that the patient requires admission, since in that case the patient can receive treatment as an outpatient. Apart from these we believe there is a third indication that needs to be distinguished: it not infrequently happens that a general practitioner or a specialist requests admission for a patient who, as a result of illness is temporarily invalidated in the home, but does not require nursing-care or "constant medical care". This group usually consists of old people who are single. Should such patients not be admitted, but remain at home, or be taken home from hospital, they would require full-time domestic care.

Considering the scarcity of professionally qualified workers in this area and in view of the fact that the treatment that can be given in a nursing-home is superior to what can be done at home, such cases justify admission.

Thus we arrive at three indications for admission:

1. nursing care dependency
2. "constant medical care" dependency
3. temporary domestic invalidation

We have examined if, apart from these, there were any other indications for admission.

Are there other than medical factors that could influence admission to nursing-homes? One may think of such factors as age, sex, social class (whether skilled or unskilled), domestic situation (living alone or not), housing (occupying ground floor or upper floor), number of children and marital status. Not only on admission but also in the course of the illness, these factors can play an important part. The main objective of this study was to examine in what way admission and course of illness were influenced by personal and social data.

The study was based on:

- the 364 patients who, between 1 april 1968 and 31 march 1969, were admitted to Antonius-Binnenweg nursing-home in Rotterdam.

Of this group the following data were registered with the aid of form.A.1 (appendix I):

- a number of personal and social data
- data concerning dependency
- affections causing the dependency
- the expected and actual course of the illness during the first six months after admission

- the 125 patients out of this group who were dismissed after six months. Dependency and reason of discharge were recorded (Form.A.2; appendix II).

- the 98 patients out of the same group who were still in the nursing-home after six months. Registration here was related to dependency, affections, reason of prolonged stay and prognosis (form.A.3; appendix III).
- the resident patients : the 255 patients who stayed in Antonius-Binnenweg nursing-home mid december 1968.

The data collected of these 255 patients, largely correspond with those of the newly admitted patients with the exception of some data that we do not consider relevant to the former group (form.B; appendix IV).

In order to facilitate comparison with the other data we set up a scale for the various aspects of dependency.

For this we made use of two different systems of rating, namely:

- a system whereby, on the basis of an assessment of the degrees of dependency, the various forms of dependency were given a particular score.
- a system whereby four nursing-home physicians (the present writer included) determined how much time is involved in the various forms of care. Their assessments were carried out independently of each other. The outcome of this yielded a scale for the various facets of dependency based on the average of the time-scores expressed in minutes.

In the course of our studies the scoring in minutes proved to be more satisfactory than that in points, because in the former system differences manifested themselves more often and more clearly.

The patients were divided into four categories on the basis of the total time-scores for all forms of dependency: 0-61, 62-109, 110-169 and 170 minutes and over. The largest gaps in the distribution of the frequency occur in the margins between the categories, which explains why we have chosen this particular division.

Of the newly admitted patients 38,7% were male, 61,3% female. For resident patients these percentages were 26,7 and 73,3. Of the newly admitted percentages 14,6% are under 65 and 34,0% over 80. The corresponding percentages for resident patients were 19 and 40 (table 4.1 and 4.2). The average age on admission is 74,3 years and in the case of the resident patients 73,9 years.

42% Of the newly admitted patients are married, 48% are widowed or divorced. For the resident patients the percentages are 19, 55 and 26 (table 4.3). 40,4% Of the resident patients are childless and 29,4% of the newly admitted patients (table 4.4). Of this last category 39,8% live alone, 36,3% live together with spouse or husband, 12,1% live with children and 11,8% with others (table 4.5).

Of the newly admitted patients 45,9% are unskilled labourers, 53,3% are skilled. Of the newly admitted patients 53,8% live on groundfloor apartments or in flats with lifts, the remainder occupy flats without lifts. Before admission 37% of the newly admitted patients come from hospitals, 59% from their homes, 20% from homes for the elderly and 2% from other nursing-homes. For the group of resident patients these percentages are 38, 47, 10 and 5 (table 4.7). 52% Of the newly admitted patients have undergone specialist treatment. 22,4% Of the resident patients and 21,4% of the newly admitted patients were admitted on account of some accidental medical or social circumstance (table 4.9).

Disorders of A.D.L.-functions occur more frequently in the group of newly admitted patients than in that of the resident patients. This also holds for immobility and confinement to bed. Of the newly admitted

patients 65,9% suffer from immobility, while 28,6% are bedfast. For the resident patients these percentages are 44,3 and 14,5. Differences between the two groups with regard to "constant medical care" dependency vary. On the whole the new patients are more dependent on "constant medical care" than the resident patients (table 4.10 and 4.11).

Physiotherapeutic dependency, too, is considerably greater in the group of the newly admitted patients than that of the resident patients (table 4.14).

The affections most frequently causing nursing care dependency are arthrosis, cerebrovascular accident and insufficiencia cordis. Insufficiencia cordis and dementia and urinary tract infections are the most frequent causes of "constant medical care" dependency. Among the resident patients locomotor, mental and sensory disorders occur much more frequently; malignant neoplasm and diseases of the tracti circulatorius, urogenitalis, respiratorius and digestivus are clearly less frequent than in the group of the newly admitted patients (table 4.15 and 4.16).

Of the newly admitted patients 35,2% were accepted for admission on account of nursing care dependency, 51,1% on account of nursing care dependency combined with "constant medical care" dependency. 7,7% because of temporary domestic invalidation, 2,7% because of "constant medical care" dependency and 2,5% because of "constant medical care" dependency combined with temporary domestic invalidation. For the resident patients the corresponding percentages were 29,8, 52,2, 4,3, 11,4 and 1.6. There were no other indications for admission or prolonged stay.

78,0% Of the resident patients and 35,5% of the newly admitted patients were diagnosed as long-term patients. Discharge was considered likely in respectively 12,5% and 42,3% and death occurring within six months, in respectively 9,4% and 24,2%. 69,8% Of the resident patients and 26,9% of the newly admitted patients were still cared for after six months, 9,0% and 34,3% respectively had been discharged and in 21,2% and 38,7% respectively death had occurred.

A comparison between the resident and the newly admitted patients reveals the following differences: among the resident patients there are more female, younger and single patients. The resident patients are considerably less dependent than newly admitted patients. There are differences with regard to the frequency of a number of affections. There are fewer mutations through death and discharge among the resident patients than among the newly admitted patients.

The order in which we have placed the A.D.L.-functions (dressing, using the lavatory, washing, continence, eating) appears to be such, that disorders decrease in frequency in this order. In our opinion this sequence also implies a decrease in difficulty, because it is not likely that functions that are difficult to carry out are less frequently affected than those that are easy to carry out. There appear to be a limited number of fixed combinations of A.D.L.-disorders. In our study all patients could be classed in sixteen categories with regard to A.D.L.-disorders (table 5.1). If one disorder remains unspecified, the number can be reduced to five (table 5.2). In this respect one can speak of A.D.L.-levels.

We have tried to answer the question whether other than medical factors play a role in admitting patients by studying the differences in personal and social conditions, as well as differences in the degree of dependency. It was found that patients who show differences with

regard to marital status, number of children and domestic situation also show differences in the degree of dependency, to the extent that when these factors are more favourable, the dependency on admission is greater than when these factors are unfavourable (table 7.1, table 7.2 and table 7.3). The domestic situation seems to be decisive in this respect.

The dependency measured in minutes increases with age with the exception of the 60 to 75 age group, in which category the dependency remains virtually constant (table 7.3).

In order to find whether the factors which correlate with dependency on admission, show this correlation independently of one another, we have reduced the age categories to 3, namely 0-64 years of age, 65-79 years of age and 80 years and over, and the domestic situation categories to 2, namely: living alone and living with one or more persons. From table 7.4 it appears that the correlation between domestic situation categories and dependency is independent of age category.

In the group of newly admitted patients to our nursing-home females are overrepresented in comparison with the sex-ratio of the overall population. We have made it likely that the fact that females tend to be - more often than males - single, without children and living alone must be one of the reasons of their being overrepresented. Another explanation can be found in the higher morbidity among female patients as compared with male patients. This difference especially manifests itself in locomotor and mental disorders, which are both more frequent among female patients than male. Because these affections often occur in the group of newly admitted patients (table 7.8), it is likely that these differences in morbidity are among the causes of female overrepresentation.

Above we have given the percentages for prognosis and for the situation after six months for the newly admitted and the resident patients.

For resident patients the prognosis is more often than in the case of the newly admitted patients, in accordance with the situation after six months. For the resident patients the prognosis "will still be in the nursing-home after six months" and "will have died within six months" are more often in conformity with the actual situation than the prognosis "will be discharged within six months" (table 8.1).

For the newly admitted patients the prognosis "discharge" and "death" are correct in approximately three quarters of the group (table 8.2).

After six months 94 of the newly admitted patients had been discharged after successful rehabilitation and 98 were still receiving care. Of this latter group it was expected that another 14 patients could be rehabilitated and discharged, so that the total of rehabilitated patients would be 108. This is about a third of the newly admitted patients, if the "holiday patients" and those who left the nursing-home at their own request are left out of consideration.

The situation after six months is more favourable for female than for male patients. For those who live together with spouse/husband or children, for those who are married and for the patients with children, the situation after six months is less favourable than for the remaining patients (table 8.7). Younger patients show a more favourable development in the course of the illness than older patients (table 8.8). This is also the case with patients who are less dependent as compared with patients showing greater dependency (table 8.9). The nature of the affections also influence the course of the illness (table 8.10).

That fact that female patients show a more favourable development in the course of the illness, does not seem to depend on age (table 8.11), the domestic situation (table 8.12), the measure of dependency (table 8.11) and the nature of the affection (table 8.13). There is no correlation between age and course of illness in patients of the same dependency category (table 8.14). It is likely that the less favourable course of the disease in older patients correlates with greater average dependency and not with age as such. For patients living alone the course of the illness shows a more favourable pattern than for patients not living alone, this being also the case when sex (table 8.12), age group plus dependency category (table 8.14) and the nature of the affection plus age group (table 8.10) are identical. This correlation, therefore, seems to be independent of other factors, notably of the lower average dependency of patients living alone as compared to those not living alone. The situation after six months is more unfavourable in the higher dependency categories than in the lower categories. This also holds for males and females considered separately (table 8.11) and also in the case of identical domestic situation plus age group category (table 8.14). Patients suffering from malignant neoplasms and mentally disturbed patients show a more unfavourable pattern in the course of the illness than patients otherwise affected, this applying equally when sex plus age category (table 8.13) and domestic situation plus age category are the same.

In our final analysis we have argued that the list used by us for the registration of dependencies can be used to determine the need for admission into a nursing-home. By this, we do not mean that someone who has been found to be dependent in one of the categories established by us, can or must be admitted to a nursing-home. The question must be raised if the care required by the patient can or should be provided at home or in a home for the elderly. The fact that old people living alone tend to be admitted while on the whole less dependent than those not living alone would indicate that an extension of domiciliary care services would result in a reduction in the number of old people admitted and an increase of the discharge rate.

Early physiotherapeutical treatment of locomotor disorders could be another method to reduce admission to nursing-homes.

Furthermore, in our conclusion, we have pointed to some remarkable correlations:

- The situation after six months is more favourable for female patients than male, independent of a number of other relevant factors.
- There is no correlation between age groups and the situation after six months in the various categories of dependency.
- The patients who before their admission lived alone, show a more favourable pattern in the course of the illness than the other patients, independent of a number of other relevant factors.

LITERATUUR

- AAKSTER, C.W.: Socio-cultural variables in the etiology of health disturbances - a sociological approach.
Dissertatie.
Groningen, 1972.
- ADVIES INZAKE NOMENCLATUUR VAN INRICHTINGEN.
Centrale Raad voor de Volksgezondheid, 1966.
- ADVIES INZAKE VERPLEEGTEHUIZEN.
Centrale Raad voor de Volksgezondheid, 1966.
- (TWEEDE) ADVIES INZAKE NOMENCLATUUR VAN INRICHTINGEN VOOR GEZONDHEIDS-
ZORG.
Centrale Raad voor de Volksgezondheid, 1972.
- (DERDE) ADVIES VERPLEEGHUIZEN.
Centrale Raad voor de Volksgezondheid, 1972.
- AMULREE, B.W.S.M.: Modern hospital treatment and the pensioner.
Lancet (1955) II: 571
- ARNOLD, J. en A.N. EXTON-SMITH: The geriatric department and the communi-
ty.
Value of hospital treatment in the elderly.
Lancet (1962) II: 551
- BEZOEK IN VERPLEEGTEHUIZEN.
Gerontologisch Centrum, Nijmegen, 1970.
- BUSSCHE, F. VAN DEN: Bepaling van de graad van functiebeperking als
uitgangspunt voor de huisarts bij zijn zorgverlening aan bejaarde
patienten.
N.H. Idee nr. 3., Utrecht, 1971.
- FENNIS, H.W.J.M.: Behoeftte aan institutionele voorzieningen bij bejaarden.
N.I.P.G. - T.N.O., Leiden, 1966.
- FENNIS, H.W.J.M.: Medische demografie van bejaarden.
Dissertatie.
Leiden, 1973.
- FULDAUER, A.: Bejaardenonderzoek in een huisartspraktijk.
Dissertatie.
Leiden, 1966.
- G.G. EN G.D. VAN ROTTERDAM.
Jaarverslag 1968.
Rotterdam, 1969.
- HISCOCK, E.C.S.: A screening survey of old people in a general practice.
Practitioner (1973) 210:271.
- HOOGENDOORN, D.: Mededelingen Stichting Medische Registratie.
Leeftijd, geslacht en gemiddelde verpleegd uur.
Ned. T. Geneesk.: (1971) 115:815.
- HORNSTRA, R.: Onderzoek naar de behoefte aan verpleegtehuizen voor
bejaarden op Schouwen-Duiveland.
T. Soc. Geneesk. (1953) 31:567.

- HULTEN, A. c.s.: A method to calculate nursing load.
Scand. J. Rehab. Med. (1969) 1: 117
- INSTITUTIONELE VERZORGING VAN BEJAARDEN TE ROTTERDAM.
G.G. en G.D. Rotterdam, 1967.
- KATZ, S. c.s.: Studies of illness in the aged: The index of ADL.
J.A.M.A. (1963) 185:914.
- LEERING, C. in: "Forumgesprek over de taak van het verzorgings- en verpleegtehuis ten aanzien van bejaarden".
Ons Ziekenhuis (1964) 26:408.
- LEERING, C.: Gestoord menselijk functioneren.
Dissertatie.
Nijmegen, 1968.
- MERKUS, J.W.F.M.: De prognose van hoogbejaarde verpleegtehuispatiënten.
Huisarts en Wetenschap (1969) 12:56.
- MERKUS, J.W.F.M.: Prognose van verpleegtehuispatiënten.
Ned. T. Geneesk. (1969) 113:442.
- OLLEMANS, A.P.: Morbiditeit in de huisartsparktijk.
Dissertatie.
Utrecht, 1969.
- OOSTVOGEL, F.J.G.: Verzorgingsbehoeften van oejjaarden.
Dissertatie.
Nijmegen, 1968.
- PIKE, L.A.: A screening programme for the elderly in a general practice.
Practitioner (1969) 203:805.
- DE ROTTERDAMSE BEJAARDEN. DEEL I.
Gemeente Rotterdam.
Rotterdam, 1968.
- DE ROTTERDAMSE BEJAARDEN. DEEL II.
Gemeente Rotterdam.
Rotterdam, 1970.
- RUSK, H.A.: Renabilitation medicine.
St. Louis, 1958.
- SCHREUDER, J.Th.R.: De verpleging van chronisch zieke bejaarden.
Sneek, 1955.
- SILVER, C.P. en S.J. ZUBERI: Prognosis of patients admitted to a geriatric unit.
Geront. clin. (1965) 7:348.
- THOMAS, P.: Experiences of two preventive clinics for the elderly.
Brit. Med. J. (1968) 2:357.
- TONING, F.J.M.: Bejaarden thuis.
Dissertatie.
Nijmegen, 1969.
- HET VERPLEEGTEHUIS IN ONTWIKKELING.
Rapport van de Enquêtecommissie van de Kath. Veren. van Verpleegtehuizen en de Fed. van Verpleeginrichtingen in samenwerking met het Gemeensch. Instituut voor Toegepaste Psychologie.
's Gravenhage, 1967.
- VERPLEEGTEHUIZEN IN NEDERLAND.
Interimrapport I: gegevens betreffende de verpleegtehuizen.
Verslag van de Onderzoekscommissie van de Geneeskundige Hoofdinspectie (Staatstoezicht op de Volksgezondheid), de Sektie Verpleegtehuizen van de Nat. Ziekenhuis Raad, en van het Nat. Ziekenhuis Instituut in samenwerking met het Gemeensch. Instituut voor Toegepaste Psychologie.
Nijmegen, 1972.

VERPLEEGTEHUIZEN IN NEDERLAND ANNO 1970.

Voorlopig verslag van de Onderzoekscommissie van de geneeskundige Hoofdinspectie (Staatstoezicht op de Volksgezondheid), de Sektie Verpleegtehuizen van de Nat. Ziekenhuis Raad, en van het Nat. Ziekenhuis Instituut in samenwerking met het Gemeensch. Instituut voor Toegepaste Psychologie.

Niet gepubliceerd.

VERZORGINGSBEHOEFTE VAN BEJAARDEN IN BEJAARDENTEHUIZEN.

Kath. Veren. van Bejaardenhuizen.

Den Haag, 1964.

VLASSELAER, G. VAN: Preventieve geriatrie 1960-1970.

T. v. Geneesk. (1971) 27:961.

WELTEN, J.B.V.: Bejaarden in ziekenhuizen.

Dissertatie.

Nijmegen, 1968.

WILLIAMS, E.I. c.s.: Sociomedical studies of patients over 75 in general practice.

Brit. Med. J. (1972) 2:445.

WILLIAMSON, J. c.s.: Old people at home. Their unreported needs.

Lancet (1964) I:1119.

ZEGERS, J.W.: De verzorgingsbehoefte van de inwoners der bejaardente-huizen in Nijmegen en omgeving.

Raad voor Maatsch. Opbouw,

Nijmegen, 1965.

ZONNEVELD, R.J. VAN: Gezondheidsproblemen bij bejaarden.

Dissertatie.

Groningen, 1954.

LIJST VAN TABELLEN

- 3.1 De samenstelling van de bevolking van Rotterdam op 1 januari 1969 naar leeftijdscategorieën en geslacht.
- 3.2 De bejaarden van Rotterdam op 1 januari 1969 naar leeftijdscategorieën en geslacht.
- 3.3 Verpleegtehuisbedden in Rotterdam op 1 januari 1969.
- 3.4 Opgenomen, ontslagen en overleden patiënten in het verpleegtehuis Antonius-Binnenweg in de jaren 1966 tot en met 1968.
- 4.1 Indeling naar leeftijdscategorieën en geslacht van ons patiëntenbestand en van de patiënten uit de landelijke enquêtes.
- 4.2 De opnamen in Antonius-Binnenweg tussen 1 april 1968 en 31 maart 1969 en in alle Rotterdamse verpleegtehuizen in 1968 onderscheiden naar leeftijdscategorieën en geslacht.
- 4.3 Indeling van ons patiëntenbestand, van de patiënten van de landelijke enquêtes en van onze nieuwe opnamen naar geslacht en burgerlijke staat.
- 4.4 Het kindertal van ons patiëntenbestand en van onze opnamen.
- 4.5 Het gezinsverband van onze nieuw opgenomen patiënten in relatie met het geslacht.
- 4.6 Onze nieuwe opnamen onderscheiden naar burgerlijke staat, geslacht en sociaal-economisch milieu.
- 4.7 De verblijfplaats voor de opname van ons patiëntenbestand, van de patiënten van de landelijke enquêtes en van onze opnamen.
- 4.8 De verblijfsduur van ons patiëntenbestand onderscheiden naar het al dan niet bejaard-zijn en naar het geslacht.
- 4.9 Het voorkomen van een aanleiding tot opname bij ons patiëntenbestand en bij onze opnamen.
- 4.10 Frequentie van de onderscheiden vormen van verpleeg- en begeleidingsbehoefte bij ons patiëntenbestand.
- 4.11 Frequentie van de onderscheiden vormen van verpleeg- en begeleidingsbehoefte bij onze nieuw opgenomen patiënten.
- 4.12 Percentage A.D.L.-gestoorden bij ons patiëntenbestand en bij de landelijke enquêtes.
- 4.13 De aard van de overige begeleidingsbehoefte bij ons patiëntenbestand en bij onze opnamen.
- 4.14 De behoefte aan fysiotherapie bij onze opnamen en bij ons patiëntenbestand.
- 4.15 Frequentie van de aandoeningen bij ons patiëntenbestand en bij onze opnamen.
- 4.16 Frequentie van de (groepen van) aandoeningen bij onze opnamen en ons patiëntenbestand.

- 4.17 De reden van opname c.q. de reden van verder verblijf van onze nieuwe opnamen, van ons patiëntenbestand en van onze patiënten die een half jaar na de opname nog in ons verpleegtehuis verbleven.
- 4.18 De prognose en de situatie na een half jaar van ons patiëntenbestand en van onze opnamen.
- 4.19 De verblijfsduur van de patiënten die binnen een half jaar ontslagen werden of overleden.
- 5.1 De structuur van de A.D.L.-stoornissen bij onze opnamen, ons patiëntenbestand, de landelijke enquête van 1964 (LEERING, 1968) en de patiënten die na een half jaar ontslagen c.q. nog opgenomen waren.
- 5.2 Onze opnamen, ons patiëntenbestand, de patiënten uit de landelijke enquête van 1964 en de patiënten die na een half jaar ontslagen c.q. nog opgenomen waren, ingedeeld in A.D.L.-niveaux (De gegevens van de landelijke enquête zijn gecorrigeerd).
- 7.1 De gemiddelde score in punten en in minuten in relatie met een aantal persoonlijke en maatschappelijke gegevens.
- 7.2 De gemiddelde score in minuten in relatie met het geslacht en de burgerlijke staat c.q. het gezinsverband.
- 7.3 De gemiddelde score in minuten in relatie met het gezinsverband, het geslacht en de leeftijd.
- 7.4 Onze nieuw opgenomen patiënten onderscheiden naar leeftijds- en gezinsverbandcategorieën en naar categorieën voor de hulpbehoefte uitgedrukt in minuten.
- 7.5 Het aantal mannen per 100 vrouwen bij onze opnamen en bij de bevolking van Rotterdam per 1 januari 1969.
- 7.6 De burgerlijke staat van de bejaarde mannen en vrouwen van onze opnamen en van de Nederlandse bevolking (Statistisch Zakboek, 1970).
- 7.7 De hulpbehoefte, de prognose en de situatie na een half jaar van onze opnamen, onderscheiden naar mannen en vrouwen.
- 7.8 De frequentie van de onderscheiden (groepen van) aandoe-ningen bij onze opnamen, bij de continue morbiditeitsregis-tratie van OLIEMANS (1969) en in het onderzoek van VAN VLASSELAER (1971).
- 8.1 De situatie na een half jaar van ons patiëntenbestand in relatie met de prognose.
- 8.2 De situatie van onze opnamen een half jaar na de opname in relatie met de prognose.
- 8.3 De situatie na een half jaar van ons patiëntenbestand in re-latie met de verblijfsduur.
- 8.4 De behoefte aan verpleging, begeleiding en fysiotherapie van 98 patiënten die wegens verbetering van hun toestand ontsla-gen werden.

- 8.5 De behoefte aan verpleging, begeleiding en fysiotherapie van 96 patienten die een half jaar na de opname nog in ons verpleegtehuis verbleven.
- 8.6 De situatie een half jaar na de opname en de vermoedelijke situatie 1 jaar na de opname van dit onderzoek in vergelijking met de situatie na 1 jaar van een in 1965-1966 door ons uitgevoerd onderzoek (MERKUS, 1969).
- 8.7 De situatie na een half jaar in relatie met een aantal persoonlijke en maatschappelijke gegevens.
- 8.8 De situatie na een half jaar in relatie met de leeftijds-categorieën.
- 8.9 De situatie na een half jaar in relatie met de gemiddelde score voor verpleegbehoefte, begeleidingsbehoefte en totale hulpbehoefte.
- 8.10 Het percentage overleden en het percentage wegens "toestand verbeterd" ontslagen patienten, onderscheiden naar leeftijds-categorieën, naar het al dan niet alleenwonend-zijn en naar de groepen van ziekten.
- 8.11 Het percentage wegens "toestand verbeterd" ontslagen en het percentage overleden patienten onderscheiden naar leeftijds-categorieën, geslacht en categorieën voor de hulpbehoefte uitgedrukt in minuten.
- 8.12 Het percentage wegens "toestand verbeterd" ontslagen en het percentage overleden patienten, onderscheiden naar geslacht en gezinsverbandcategorieën.
- 8.13 Het percentage overleden en het percentage wegens "toestand verbeterd" ontslagen patienten, onderscheiden naar groepen van aandoeningen, leeftijdscategorieën en geslacht.
- 8.14 Het percentage overleden en het percentage wegens "toestand verbeterd" ontslagen patienten, onderscheiden naar leeftijd-, gezinsverband- en score-categorieën.

Bijlage I

FORMULIER A.1
nieuw opgenomen patiënten

Nummer van de patiënt:

Opnamedatum:

Geslacht:

man
vrouw

Sociaal-economisch milieu:

ongeschoolden
overigen
niet in te delen
onbekend

Gezinsverband:

samenwonend met echtgeno(o)t(e)
samenwonend met kind(eren)
samenwonend met anderen
alleenwonend
onbekend

Verblijfplaats vóór opname:

thuis
een verzorgingstehuis
een ziekenhuis
een ander verpleegtehuis
onbekendSpecialistische behandeling gedurende het laatste half jaar
vóór de opname:ja
neen
onbekend

Woonsituatie:

benedenwoning of étagewoning met lift
étagewoning zonder lift
onbekend

Leeftijd:

Aantal kinderen in leven:

Burgerlijke staat:

gehuwd
weduwstaat
feitelijk gescheiden
ongehuwd
onbekend

Is er een aanleiding tot opname:

ja
neen
onbekend

Zo ja, welke:

een bijkomstige ziekte
overlijden van verzorg(st)er
ziekte van verzorg(st)er
vakantie van verzorg(st)er
andere aanleiding

Verpleegbehoefte:

A.D.L.: is de patiënt goed, gedeeltelijk of niet in staat tot:
zich kleden
toilet gebruiken
zich wassen
continentie
eten

Voortbeweging:

geen stoornis
zelfstandig met rolstoel
loopt gebrekkig
kan zich niet voortbewegen

Bedlegerigheid:

4 uur of langer uit bed
1-4 uur uit bed
1 uur of korter uit bed

Begeleidingsbehoefte:

Bezoek van arts:
minder dan 1x per week
1x per week
vaker dan 1x per week

Gebruik van medicamenten:

4 of minder verschillende medicamenten per dag
4-8 verschillende medicamenten per dag
8 of meer verschillende medicamenten per dag

Laboratoriumonderzoek:

minder dan 1x per maand
1x per maand
vaker dan 1x per maand

Dieetvoorschrift:

geen of enkelvoudig dieetvoorschrift
tweevoudig dieetvoorschrift
drie- of meervoudig dieetvoorschrift

Parenterale vochttoediening:

nooit of zeer zelden nodig
af en toe nodig
geregeld nodig

Toezicht wegens een psychische stoornis:

geen toezicht nodig
toezicht nodig
veel toezicht nodig

Overige begeleidingsbehoefte:

geen
matig
veel

Indien overige begeleidingsbehoefte matig of veel, dan oorzaak-
lijke stoornis(sen) vermelden (ten hoogste 3):

.....
.....
.....

Behoefte aan fysiotherapie:

niet nodig
gewenst ter handhaving van de status quo
nodig ter handhaving van de status quo
nodig ter verbetering van de conditie

Reden van opname:

verpleegbehoefte
tijdelijke huishoudelijke invaliditeit
begeleidingsbehoefte

Aandoeningen die de verpleegbehoefte of de huishoudelijke invali-
diteit veroorzaken (ten hoogste 3):

.....
.....
.....

Aandoeningen die de begeleidingsbehoefte veroorzaken
(ten hoogste 3):

.....
.....
.....

Prognose:

patiënt zal binnen een half jaar naar huis terugkeren
patiënt zal binnen een half jaar naar een verzorgingstehuis gaan
patiënt zal na een half jaar nog opgenomen zijn
patiënt zal binnen een half jaar overlijden

Situatie na een half jaar:

patiënt is binnen een half jaar naar huis teruggekeerd
patiënt is binnen een half jaar naar een verzorgingstehuis gegaan
patiënt is na een half jaar nog opgenomen
patiënt is binnen een half jaar overleden

Ontslag- c.q. overlijdensdatum:

Bijlage II

FORMULIER A.2
binnen een half jaar ontslagen patiënten

Nummer van de patiënt:

Ontslagdatum:

Verpleegbehoefte:

A.D.L.: Is de patiënt goed, gedeeltelijk of niet in staat tot:
 zich kleden
 toilet gebruiken
 zich wassen
 continëntie
 eten

Voortbeweging:

geen stoornis
 zelfstandig met rolstoel
 loopt gebrekkig
 kan zich niet voortbewegen

Bedlegerigheid:

4 uur of langer uit bed
 1-4 uur uit bed
 1 uur of korter uit bed

Begeleidingsbehoefte:

Bezoek van arts:
 minder dan 1x per week
 1x per week
 vaker dan 1x per week

Gebruik van medicamenten:

4 of minder verschillende medicamenten per dag
 4-8 verschillende medicamenten per dag
 8 of meer verschillende medicamenten per dag

Laboratoriumonderzoek:

minder dan 1x per maand
 1x per maand
 vaker dan 1x per maand

Dieetvoorschrift:

geen of enkelvoudig dieetvoorschrift
 tweevoudig dieetvoorschrift
 drie- of meervoudig dieetvoorschrift

Parenterale vochttoediening:

nooit of zeer zelden nodig
 af en toe nodig
 geregeld nodig

Toezicht wegens een psychische stoornis:

geen toezicht nodig
toezicht nodig
veel toezicht nodig

Overige begeleidingsbehoefte:

geen
matig
veel

Indien overige begeleidingsbehoefte matig of veel, dan oorzaak-
lijke stoornis(sen) vermelden (ten hoogste 3):

.....
.....
.....

Behoefte aan fysiotherapie:

niet nodig
gewenst ter handhaving van de status quo
nodig ter handhaving van de status quo
nodig ter verbetering van de conditie

Reden van ontslag:

toestand verbeterd
eigen verzoek
vakantie van verzorg(st)er(s) ten einde

Bijlage III

FORMULIER A.3
na een half jaar nog opgenomen patiënten

Nummer van de patiënt:

Verpleegbehoefte:

A.D.L.: is de patiënt goed, gedeeltelijk of niet in staat tot:
zich kleden
toilet gebruiken
zich wassen
continentie
eten

Voortbeweging:

geen stoornis
zelfstandig met rolstoel
loopt gebrekkig
kan zich niet voortbewegen

Bedlegerigheid:

4 uur of langer uit bed
1-4 uur uit bed
1 uur of korter uit bed

Begeleidingsbehoefte:

Bezoek van arts:
minder dan 1x per week
1x per week
vaker dan 1x per week

Gebruik van medicamenten:

4 of minder verschillende medicamenten per dag
4-8 verschillende medicamenten per dag
8 of meer verschillende medicamenten per dag

Laboratoriumonderzoek:

minder dan 1x per maand
1x per maand
vaker dan 1x per maand

Dieetvoorschrift:

geen of enkelvoudig dieetvoorschrift
tweevoudig dieetvoorschrift
drie- of meervoudig dieetvoorschrift

Parenterale vochttoediening:

nooit of zeer zelden nodig
af en toe nodig
geregeld nodig

Toezicht wegens een psychische stoornis:

geen toezicht nodig
toezicht nodig
veel toezicht nodig

Overige begeleidingsbehoefte:

geen
matig
veel

Indien overige begeleidingsbehoefte matig of veel, dan oorzaak-
lijke stoornis(sen) vermelden (ten hoogste 3):

.....
.....
.....

Behoefte aan fysiotherapie:

niet nodig
gewenst ter handhaving van de status quo
nodig ter handhaving van de status quo
nodig ter verbetering van de conditie

Reden van verder verblijf:

verpleegbehoefte
tijdelijke huishoudelijke invaliditeit
begeleidingsbehoefte

Aandoeningen die de verpleegbehoefte of de huishoudelijke invaliditeit
veroorzaken (ten hoogste 3):

.....
.....
.....

Aandoeningen die de begeleidingsbehoefte veroorzaken (ten hoogste 3):

.....
.....
.....

Prognose:

patient zal binnen een half jaar naar huis terugkeren
patient zal binnen een half jaar naar een verzorgingstehuis gaan
patient zal na een half jaar nog opgenomen zijn
patient zal binnen een half jaar overlijden

Bijlage IV

FORMULIER B
patiëntenbestand

Nummer van de patiënt:

Verblijfsduur:

- 0-3 maanden
- 3-6 maanden
- 6-12 maanden
- 1-5 jaar
- langer dan 5 jaar

Geslacht:

- man
- vrouw

Verblijfplaats vóór de opname:

- thuis
- een verzorgingstehuis
- een ziekenhuis
- een ander verpleegtehuis
- onbekend

Leeftijd:

Aantal kinderen in leven:

Burgerlijke staat:

- gehuwd
- weduwstaat
- feitelijk gescheiden
- ongehuwd
- onbekend

Is er een aanleiding tot opname:

- ja
- neen
- onbekend

Zo ja, welke:

- een bijkomstige ziekte
- overlijden van verzorg(st)er
- ziekte van verzorg(st)er
- vakantie van verzorg(st)er(s)
- andere aanleiding

Verpleegbehoefte:

A.D.L.: is de patiënt goed, gedeeltelijk of niet in staat tot:

- zich kleden
- toilet gebruiken
- zich wassen
- continentie
- eten

Voortbeweging:

geen stoornis
 zelfstandig met rolstoel
 loopt gebrekkig
 kan zich niet voortbewegen

Bedlegerigheid:

4 uur of langer uit bed
 1-4 uur uit bed
 1 uur of korter uit bed

Begeleidingsbehoefte:

Bezoek van arts:
 minder dan 1x per week
 1x per week
 vaker dan 1x per week

Gebruik van medicamenten:

4 of minder verschillende medicamenten per dag
 4-8 verschillende medicamenten per dag
 8 of meer verschillende medicamenten per dag

Laboratoriumonderzoek:

minder dan 1x per maand
 1x per maand
 vaker dan 1x per maand

Dieetvoorschrift:

geen of enkelvoudig dieetvoorschrift
 tweevoudig dieetvoorschrift
 drie- of meervoudig dieetvoorschrift

Parenterale vochttoediening:

nooit of zeer zelden nodig
 af en toe nodig
 geregeld nodig

Toezicht wegens een psychische stoornis:

geen toezicht nodig
 toezicht nodig
 veel toezicht nodig

Overige begeleidingsbehoefte:

geen
 matig
 veel

Indien overige begeleidingsbehoefte matig of veel, dan oorzaak-
 lijke stoornis(sen)vermelden (ten hoogste 3):

.....

Behoefte aan fysiotherapie:

niet nodig
 gewenst ter handhaving van de status quo
 nodig ter handhaving van de status quo
 nodig ter verbetering van de conditie

Reden van verder verblijf:

verpleegbehoefte
 tijdelijke huishoudelijke invaliditeit
 begeleidingsbehoefte

Aandoeningen die de verpleegbehoefte of de huishoudelijke invaliditeit veroorzaken (ten hoogste 3):

.....

Aandoeningen die de begeleidingsbehoefte veroorzaken (ten hoogste 3):

.....

Prognose:

patient zal binnen een half jaar naar huis terugkeren
 patiënt zal binnen een half jaar naar een verzorgingstehuis gaan
 patient zal na een half jaar nog opgenomen zijn
 patient zal binnen een half jaar overlijden

Situatie na een half jaar:

patient is binnen een half jaar naar huis teruggekeerd
 patiënt is binnen een half jaar naar een verzorgingstehuis gegaan
 patient is na een half jaar nog opgenomen
 patiënt is binnen een half jaar overleden

Ontslag- c.q. overlijdensdatum:

J.W.F.M. Merkus, geboren in 1935.

Gymnasium bèta in 1953. Studeerde van 1953 tot 1962 geneeskunde aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen. Was van 1962 tot 1965 huisarts, van 1965 tot 1970 geneesheer-directeur van het verpleegtehuis Antonius-Binnenweg te Rotterdam en vanaf 1970 geneesheer-directeur van het verpleegtehuis Maria Oord te Rosmalen.

Volgde in 1967 - 1968 de cursus Ziekenhuisbeleid

Bestuurslid van o.a. de Ned. Veren. van Verpleegtehuisartsen, de Contact-groep Noord-Brabant van de Nat. Ziekenhuisraad, de Kon. Ned. Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, afdeling 's-Hertogenbosch en de Regionale Instelling voor Maatschappelijke Dienstverlening Bossche Ommelanden.

Publiceerde ondermeer: De invloed van pentetrazol op het serumcholesterol-gehalte en op het gedrag van patiënten met arteriosclerosis cerebri.

Ned. T. Geneesk. (1968) 112: 1634. Prognose van verpleegtehuispatiënten

Ned. T. Geneesk. (1969) 113: 442. Röntgenapparatuur in het verpleegtehuis.

Ons Ziekenhuis (1970) 32:223.

STELLINGEN

1. Reactivering is niet alleen het op zo hoog mogelijk niveau brengen van de lichamelijke en psychische functies van de patiënt, maar ook het scheppen van een omgeving waarin hij (zij) deze functies kan benutten.
2. Een sociaal-cultureel werker kan een belangrijke bijdrage leveren aan de reactivering van verpleegtehuispatiënten.
3. Teneinde de reactivering te doen slagen dienen in een verpleegtehuis regelmatig patiëntenbesprekingen gehouden te worden, waaraan tenminste de arts, de bezigheidstherapeut, de fysiotherapeut, de pastor, de sociaal-cultureel werker en de verpleegkundige deelnemen.
4. Er zijn onvoldoende redenen om elke bejaarde vóór opname in een verzorgingstehuis aan een lichamenlijk onderzoek te onderwerpen.
5. Bij bejaarde patiënten die op dementie gelijkende gedragsstoornissen vertonen, dient onderzocht te worden of deze gedragsstoornissen op een tekort aan vitamine B 12 berusten.
STRACHAN, R.W. en J.G. HENDERSON: Quart.J.Med. 24 (1965) 303.
6. Bij de evaluatie van de operatieve behandeling van collumfracturen bij bejaarde patiënten dient aandacht besteed te worden aan de invloed van de behandeling op de psychische functies van de patiënten.
7. De Diagnex Blue-proef is geen bruikbare methode ter bepaling van de mogelijke afwezigheid van vrij maagzuur bij oudere verpleegtehuispatiënten.
8. Het commentaar van VALBERG (1971) op het onderzoek van EDWARDS en CURTIS (1971) betreffende de toepassing van cobalt-chloride bij anemische hemodialyse patiënten had voor KREDIET c.s. (1973) een reden moeten zijn dit onderzoek niet te herhalen.
EDWARDS, M.S. en J.R. CURTIS: Lancet II (1971) 582.
KREDIET, R.T. c.s.: Ned.T. Geneesk. 117 (1973) 1754.
VALBERG, L.S.: Lancet II (1971) 1092.
9. Emeproniumbromide is slechts bij een gering percentage van de patiënten met frequente nachtelijke mictiedrang en (of) incontinentia urinae van nut.
10. Bij demente patiënten lijdend aan parkinsonisme, kan levodopa in lage dosering een gunstige werking hebben op de lichamelijke en psychische functies.
BROE, G.A. en F.J. CAIRD: Med. J.Austr. I (1973) 630.



